



HAL
open science

Approche psychosociale de la gestion du risque VIH des Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes (HSH) dans un essai de prévention biomédicale communautaire (ANRS-IPERGAY)

Marion Di Ciaccio

► To cite this version:

Marion Di Ciaccio. Approche psychosociale de la gestion du risque VIH des Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes (HSH) dans un essai de prévention biomédicale communautaire (ANRS-IPERGAY). Psychologie. Université de Lyon, 2019. Français. NNT : 2019LYSE2081 . tel-02493209

HAL Id: tel-02493209

<https://theses.hal.science/tel-02493209>

Submitted on 27 Feb 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



N° d'ordre NNT : 2019LYSE2081

THESE de DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

Opérée au sein de

L'UNIVERSITÉ LUMIÈRE LYON 2

École Doctorale : ED 485

Education Psychologie Information Communication

Discipline : Psychologie

Soutenue publiquement le 5 décembre 2019, par :

Marion DI CIACCIO

**Approche psychosociale de la gestion du risque VIH chez
les Hommes ayant des rapports Sexuels avec des
Hommes (HSH) dans un essai de prévention biomédicale
communautaire (ANRS-IPERGAY).**

Devant le jury composé de :

Themis APOSTOLIDIS, Professeur des universités, Aix-Marseille Université, Président

Anne-Marie ETIENNE, Professeure d'université, Université de Liège, Rapporteur

Bruno SPIRE, Directeur de Recherches, INSERM, Rapporteur

Bruno QUINTARD, Professeur des universités, Université de Bordeaux, Examinateur

Florence TERRADE, Maîtresse de conférences HDR, Université de Rennes 2, Examinatrice

Marie PREAU, Professeure des universités, Université Lumière Lyon 2, Directrice de thèse

Contrat de diffusion

Ce document est diffusé sous le contrat *Creative Commons* « [Paternité – pas d'utilisation commerciale - pas de modification](#) » : vous êtes libre de le reproduire, de le distribuer et de le communiquer au public à condition d'en mentionner le nom de l'auteur et de ne pas le modifier, le transformer, l'adapter ni l'utiliser à des fins commerciales.



THESE DE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

Université Lumière – Lyon 2

École doctorale : ED 485

Éducation Psychologie Information Communication

Discipline : Psychologie

Soutenue publiquement le jeudi 5 décembre 2019, par

Marion Di Ciaccio

Approche psychosociale de la gestion du risque VIH chez les Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes (HSH) dans un essai de prévention biomédicale communautaire (ANRS-IPERGAY)

Réalisée sous la direction de Marie PRÉAU

Devant le jury composé de :

Thémistoklis APOSTOLIDIS, Professeur des universités, Aix-Marseille Université, rapporteur

Anne-Marie ETIENNE, Professeure des universités, Université de Liège, rapporteure

Florence TERRADE, Maîtresse de conférence HDR, Université Rennes 2, examinatrice

Bruno QUINTARD, Professeur des universités, Université de Bordeaux, examinateur

Bruno SPIRE, Directeur de recherche, INSERM, examinateur

Marie PRÉAU, Professeure des universités, Université Lyon 2, directrice de thèse



ipergay.FR
ANRS



Résumé

Introduction :

La prévention du VIH demeure un enjeu de santé publique dans le monde ainsi qu'en France. En 2017, on estime à 1,8 millions le nombre de personnes nouvellement touchées par le VIH dans le monde (ONUSIDA, 2018), dont 6 400 pour la France (Santé publique France, 2019). En France, les personnes les plus touchées par le VIH sont les Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes (HSH), elles représentent 41% des nouvelles infections en 2017 (Santé publique France, 2019).

C'est dans ce contexte de santé publique que l'efficacité d'un nouveau moyen de prévention a récemment été évaluée, la prophylaxie préexposition (PrEP), pour les populations à haut risque d'infection. L'essai ANRS-IPERGAY (2012-2016), un essai clinique et communautaire, a montré une réduction du nombre d'infections de 97% chez les HSH en France grâce à la PrEP (Molina et al., 2017).

L'objectif de cette thèse est d'étudier les enjeux psychosociaux relatifs à l'intégration de ce nouveau moyen de prévention dans les stratégies de gestion du risque VIH des HSH participant à l'essai ANRS-IPERGAY.

Méthode :

L'essai ANRS-IPERGAY (2012-2016) s'est déroulé en deux phases : i) randomisée en double aveugle contre placebo (2012-2014) puis ii) en phase ouverte avec la suppression du bras placebo (2014-2016) auprès de HSH (n=428) en France. Cet essai était également une recherche communautaire. Dans ce contexte, des méthodes mixtes ont pu être déployées pour répondre à l'objectif de cette thèse avec un regard compréhensif et psychosocial. En ce sens, cinq études ont été menées :

- Une première étude a étudié les comportements sexuels et préventifs des HSH dans des contextes d'exposition au risque différents (la phase double-aveugle de l'essai *versus* la phase ouverte) par le biais d'une analyse longitudinale et quantitative.
- Une seconde étude s'est intéressée à la perception du risque au cours de la phase ouverte *via* une analyse longitudinale ainsi que les facteurs associés à celle-ci. Puis le niveau de perception du risque a été mis en perspective avec le niveau d'adhésion à la PrEP et l'utilisation du préservatif.

- Une troisième étude s'est intéressée à la construction de la relation participant-médecin dans ce contexte d'accompagnement préventif à la gestion des risques *via* une analyse qualitative menée auprès des médecins pendant la phase ouverte.
- Une quatrième étude a porté sur l'évaluation de l'accompagnement combiné médical et communautaire par une analyse qualitative menée auprès des médecins et participants de l'essai au cours des deux phases.
- Une cinquième étude a concerné les facteurs associés aux comportements à risque durant la phase ouverte de l'essai (*i.e.*, rapports sexuels protégés ni par le préservatif ni par la PrEP) à l'aide d'une analyse quantitative et longitudinale.

Principaux résultats :

Les études quantitatives ont mis en avant que l'adhésion des participants à la PrEP est supérieure à l'adhésion au préservatif. La perception du risque semble être un déterminant majeur de l'utilisation de la PrEP avant un rapport sexuel, mais ne prédit pas l'utilisation du préservatif. Les données issues de cette thèse montrent également que 19% des rapports sexuels chez les HSH de l'essai ANRS-IPERGAY restent non protégés par la PrEP mais aussi sans utilisation du préservatif en contrepartie. L'étude des facteurs associés à ces rapports montre une absence de « profil » de personnes à risque. En effet, les principaux facteurs associés à l'absence d'utilisation de la PrEP et du préservatif sont des facteurs dynamiques liés à la situation sociale et relationnelle du rapport sexuel.

Par ailleurs, les études qualitatives rapportent une relation participant-médecin fondée sur l'écoute et l'accompagnement. La dynamique relationnelle avec les accompagnateur·rice·s communautaires (AC) a été vécue comme un point très positif de l'essai par les médecins, avec une mise en avant de la complémentarité de ces deux approches du participant. Les participants ont également rapporté un regard positif sur l'accompagnement combiné médical et communautaire dont ils ont bénéficié avec une comparaison favorable des médecins rencontré·e·s dans le cadre de l'essai par rapport aux autres médecins et simultanément une comparaison moins favorable lorsqu'ils·elles sont mis en comparaison avec les AC.

Conclusions :

Ce travail de thèse a permis d'avoir une vision d'ensemble des comportements sexuels, de la gestion du risque VIH et des déterminants psychosociaux relatifs à ces aspects. Les données

quantitatives ont pu montrer que les comportements sexuels et préventifs mis en œuvre sont davantage influencés par des facteurs contextuels et relationnels que par des déterminants personnels. Ces résultats constituent des pistes concrètes pour les futures actions de prévention auprès des HSH.

Par ailleurs, concernant la mise en œuvre de la PrEP, l'adhésion au protocole de prévention peut positivement être influencée par l'accompagnement délivré avec celle-ci. D'une part, par la relation avec les médecins et d'autre part, par le counseling associé.

Mots-clés : VIH ; prévention ; PrEP ; accompagnement médical et communautaire, risque ; HSH ; ANRS-IPERGAY ; psychologie sociale de la santé

Abstract

Introduction:

HIV prevention remains a public health issue throughout France and the world. In 2017, of an estimated 1.8 million new HIV infections worldwide (ONUSIDA, 2018), 6400 were in France (Santé publique France, 2019). Men who have sex with men (MSM) constitute the population most affected by the epidemic in France, representing 41% of new infections in 2017 (Santé publique France, 2019).

Given this alarming public health situation, the community-based clinical trial ANRS-IPERGAY recently evaluated the use of one of the newest HIV prevention tools – on-demand pre-exposure prophylaxis (PrEP) – in MSM in France. Results showed a relative reduction of 97% in HIV incidence in this population using on-demand PrEP (Molina et al., 2017).

The aim of this thesis is to study psychosocial issues linked to PrEP integration into existing risk management strategies by MSM enrolled in ANRS-IPERGAY.

Methods:

The French community-based ANRS-IPERGAY trial comprised two phases: i) a double-blind placebo-controlled randomised phase (DBP) (2012-2014) and ii) an open-label extension (OLE) study without placebo (2014-2016) among HIV-negative MSM (n=428). A mixed methods approach was implemented during the study in order to meet the thesis objectives, whilst maintaining a comprehensive and psychosocial view. We conducted 5 studies, as follows:

- 1) Both sexual and preventive behaviours of MSM in different contexts of risk exposure (i.e., DBP versus OLE) were studied through a longitudinal, quantitative analysis.
- 2) Risk perception and associated factors were examined through a longitudinal, quantitative analysis. The level of risk perception was then compared with both the levels of PrEP and condom use.
- 3) The participant-physician relationship was explored in the specific context of prevention support as part of risk management, using a qualitative analysis focused on physicians.

- 4) The perception of combined medical and community-based support was studied using a qualitative analysis involving both physicians and participants.
- 5) Factors associated with condomless anal sex without PrEP were analysed using a quantitative, longitudinal analysis.

Results:

The quantitative studies highlighted that PrEP use was higher than condom use. Risk perception was a major factor in predicting PrEP use, but not condom use. Results also showed that 19% of anal intercourses by MSM in ANRS-IPERGAY were unprotected (i.e., no condom or PrEP). Factors associated with this show that risk taking do not have a distinctive "profile". Indeed, associated factors were dynamic, dependent of the social and relational contexts of the sexual intercourses. Furthermore, qualitative studies highlighted that participant-physician relationships were based on listening and support. Moreover, physicians positively perceived the relational dynamic with community-based peer counsellors (PC) in the trial. They highlighted the complementary nature of using both approaches. Participants also viewed this combined approach as a strong point. They positively compared physicians participating in the trial with other physicians, yet were less positive when comparing the trial's physicians with PC.

Conclusions:

The work carried out in this thesis provides a global view of sexual behaviours, risk management and associated psychosocial determinants in the HIV-negative population in France. Quantitative results showed that sexual and preventive behaviours are more influenced by contextual and relational factors than personal characteristics. This finding provides concrete indications for future HIV prevention programs targeting MSM.

Furthermore, with regard to PrEP implementation, PrEP use may be positively influenced by the support system surrounding the MSM, being the relationship with the physicians and the counselling associated.

Key words: HIV; prevention; PrEP; combined medical and community support; risk; MSM; ANRS-IPERGAY; social psychology and health

Remerciements

Ces quatre années de thèse auront été bien remplies, tant sur le plan scientifique que personnel. Remercier en quelques phrases toutes les personnes qui y ont contribué est un exercice bien difficile, j'espère que toutes les personnes concernées savent qu'elles ont toute ma gratitude pour leur soutien et leur présence.

Pour commencer je tiens à remercier Marie Préau et Bruno Spire, sans qui cette thèse n'aurait pas vu le jour. Marie, pour l'encadrement scientifique et le soutien reçu tout au long de ce travail de thèse. Bruno, pour la passion contagieuse dont il fait preuve lors de ses interventions en master. C'est cette passion qui m'a donné envie de faire une thèse dans le champ du VIH. Merci également à ma famille pour son soutien sans faille lors de la naissance de ce projet. Je pense particulièrement à ma grand-mère paternelle qui a été la première personne dans la confiance et qui m'a manifesté ses encouragements. A mon mari qui ne s'est jamais lassé de mes études interminables malgré l'impact que cela a pu avoir sur nos projets et notre vie personnelle. Et à mes parents, pour leur aide, tant morale que logistique.

Je tiens également à remercier tous les membres de l'équipe SanteRCom du laboratoire SESSTIM ainsi que les membres du GREPS pour leur accueil et nos échanges durant ces quatre années :

Marion Mora, pour ton accueil, ta franchise et ton soutien à mettre ce travail de thèse en route. Luis, Lisa, ainsi que tous les statisticiens avec qui j'ai eu l'occasion de collaborer, merci de votre patience dans nos échanges afin de m'éclairer sur le monde obscur qu'étaient pour moi les statistiques. Lisa, merci encore pour ta patience et ton imagination pour m'expliquer certains modèles et pour la relecture des résultats quantitatifs de cette thèse. Merci aussi pour notre cohabitation de bureau très agréable.

Christel, merci pour cette fameuse après-midi à Amsterdam à discuter de ma thèse, tout a été plus clair après celle-ci. De façon générale, merci pour ton soutien de ces dernières années.

Pierre-Julien, mon binôme de thèse, merci pour tous nos échanges, relectures, répétitions, conférences, partagés ensemble et grâce auxquels je ne me suis jamais sentie seule.

Marie-Libérée, merci pour ton amitié et ton soutien dans les moments difficiles. Que ce soit sur le plan professionnel ou personnel.

Marion Coste, merci d'avoir relu toutes ces pages. Tes conseils m'ont beaucoup aidé.

Michel, pour les consultations « bobologiques » de mon fils et nos débats matinaux.

Du côté des lyonnais, merci à Thibaud, Costanza, Manon et Renaud, pour nos échanges, le soutien moral et la solidarité que nous avons partagé et qui ont contribué à faire de cette thèse une expérience très positive. Thibaud, Costanza, merci également de m'avoir hébergé lors de mes séjours sur Lyon. Thibaud, merci aussi pour tes relectures, toujours très riches.

Merci également à Catherine et Christian pour leur accueil chez eux à Lyon, à maintes reprises. Cela a toujours été l'occasion de passer des moments très agréables et stimulants.

Floriane, pour les corrections anglophones de dernière minute.

Cette thèse a réellement été une expérience scientifique et humaine positive grâce à vous tous.

Je tiens également à remercier Thémis Apostolidis, Anne-Marie Etienne, Bruno Quintard, Bruno Spire et Florence Terrade d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse.

Merci maman du temps passé à chercher les fautes d'orthographe, surtout avec l'écriture inclusive.

Ces quatre années de thèse ont également été riches sur le plan personnel avec l'arrivée d'Elio, mon petit garçon, grâce à qui les tracas liés à la thèse s'évanouissaient dès que je le retrouvais le soir, et mon mariage avec mon compagnon. Cet ancrage personnel m'a permis de ne pas me laisser submerger par le stress de la thèse dans les moments difficiles. Merci à vous deux.

Merci à L'ANRS pour son soutien financier durant ces quatre années et sa bienveillance quand ma grossesse a bouleversé le calendrier de thèse.

Et enfin, un grand merci à tous les participants et partenaires de l'essai ANRS-IPERGAY qui ont permis la réalisation de ce travail.

*Travailler avec amour, c'est insuffler dans toutes les choses que vous fabriquez l'essence de
votre esprit.*

Khalil Gibran ; Le Prophète, Le travail (1923)

Sommaire

Introduction	18
Chapitre 1 : le VIH.....	20
1. Le contexte du risque VIH.....	20
1.1 L'histoire du VIH/SIDA.....	20
1.2 Les populations clés dans le champ de la prévention du VIH.....	23
1.2.1 Populations clés et stigmatisation	24
1.3 La recherche communautaire dans le champ du VIH.....	27
1.3.1 La recherche communautaire dans le champ de la prévention en France	29
1.3.2 Spécificité de la recherche communautaire pour les populations cibles	30
1.4 Les recommandations internationales en matière de prévention du VIH.....	31
1.4.1 La Prophylaxie Pré-exposition (PrEP)	38
1.4.1.1 Principaux essais PrEP auprès des HSH.....	39
1.5 Les HSH et le risque VIH en France.....	42
1.5.1 L'accès à la PrEP pour les HSH en France.....	43
Chapitre 2 : le risque	47
1. Définition du risque et de la prévention.....	47
1.1 Risque VIH et prévention	48
1.2 Perception du risque VIH.....	48
1.2.1 Perspective cognitiviste de la perception du risque VIH	49
1.2.2 Perspective socio-cognitiviste de la perception du risque VIH	51
1.2.3 Les approches compréhensives du risque du risque VIH.	52
1.3 Les différentes dimensions du risque VIH.....	55
1.4 Les évolutions des approches préventives du VIH auprès des HSH.....	56
1.4.1 Paradigme de l'utilisation du préservatif et de la prévention comportementale	56
1.4.2 Approche de prévention combinée et paradigme de la RDR.....	57
1.4.2.3 PrEP et santé sexuelle.....	61
Chapitre 3 : l'accompagnement des patient·e-s en santé.....	66
1. L'évolution de la conceptualisation de la relation patient·e-médecin	66
1.1 La relation patient·e-médecin du point de vue de la sociologie fonctionnaliste	67
1.2 Intérêt de la médecine pour la prise en considération de la relation patient·e - médecin dans l'exercice médical	68
1.3 L'approche contemporaine « patient comme partenaire »	73
1.4 Changement de paradigme dans l'approche de la santé : de la médecine centrée sur la maladie à la médecine centrée sur les patient·e-s	75

1.5 La relation patient-e-médecin dans le contexte spécifique de la prévention du VIH et des IST	78
1.5.1 Le risque au cœur de la relation patient-e -médecin dans le champ de la prévention du VIH.	79
2. Vers d'autres formes d'accompagnement dans le champ de la prévention du VIH 80	
2.1 L'accompagnement communautaire dans le champ du VIH.....	80
2.1.1 Enjeux de l'accompagnement communautaire.....	81
Chapitre 4 : Les approches psychosociales en santé pour comprendre la gestion du risque VIH à l'ère de la PrEP	85
1. Naissance de la psychologie de la santé	85
1.1 Remise en cause des modèles prédictifs de la psychologie de la santé pour comprendre et prédire les comportements	86
2. La conceptualisation du social en psychologie de la santé	86
3. La psychologie sociale de la santé	87
3.1 Les enjeux épistémologiques liés à la PSS	89
3.2 Apport de la PSS au champ du VIH	90
3.3 Le regard psychosocial.....	92
3.3.1 Regard psychosocial et interactionnisme.....	93
4. L'approche psychosociale pour étudier l'intégration de la PrEP dans la gestion du risque VIH	94
4.1 La PrEP, objet représentationnel : contexte psychosocial et de santé publique d'introduction de la PrEP en France	94
4.2 Une lecture multi-niveaux de la gestion du risque à l'ère de la PrEP	96
4.3 Le regard psychosocial et la lecture multi-niveaux autour du risque VIH et de la PrEP	97
4.4 La recherche communautaire comme terrain d'application de l'impact psychosocial de la PrEP	98
Chapitre 5 Problématique et objectifs de recherche	102
Chapitre 6 Méthode	106
1. Présentation de l'essai ANRS-IPERGAY	106
1.1. Présentation de la population d'étude de l'essai ANRS-IPERGAY	107
1.2. Présentation des médecins de l'essai ANRS-IPERGAY	113
2. Méthodologie utilisée dans l'essai ANRS-IPERGAY	115
2.1 Méthodologie utilisées dans la thèse	115
2.1.1 Les méthodes mixtes.....	115
2.2 Les recueils de données de l'essai ANRS-IPERGAY.....	117
Chapitre 7 : Résultats	122

1. Étude 1 : évolution de la gestion du risque VIH en fonction du contexte d'exposition.....	122
1.1. Introduction	123
1.2. Variables étudiées.....	125
1.3. Analyses statistiques	126
1.4. Résultats	127
1.5. Discussion	136
2. Étude 2 : Perception du risque et stratégies de prévention.....	140
2.1 Introduction	141
2.2 Variables étudiées.....	143
2.3 Analyses statistiques	143
2.4 Résultats	145
2.5 Discussion	155
Synthèse des études 1 et 2.....	160
3. Étude 3 : la relation participant-médecin.....	161
3.1 Introduction	162
3.2 Analyses.....	162
3.3 Résultats	164
3.3.1 Vécu de la relation.....	164
3.3.2 Confiance et non jugement.....	166
3.3.3 Climat relationnel positif.....	167
3.3.4 Influence des caractéristiques du médecin sur la relation	168
3.4 Discussion	170
4. Étude 4 : Accompagnement médical et communautaire dans un essai de prévention biomédicale : vers une nouvelle forme d'éducation thérapeutique?.....	174
4.1 Introduction.....	175
4.2 Analyses.....	176
4.3 Résultats.....	177
4.3.1 La perception de l'accompagnement communautaire des médecins impliqué·e·s dans l'essai ANRS-IPERGAY.....	177
4.3.2 Le discours des participants sur l'accompagnement	181
4.4 Discussion	186
Synthèse des études 3 et 4.....	190
5. Étude 5 : Les facteurs associés aux rapports sexuels protégés ni par la PrEP ni par le préservatif.....	191
5.1. Introduction	192
5.2 Variable étudiée.....	194
5.3 Variables explicatives.....	194
5.4 Analyses statistiques	195
5.5 Résultats	196
5.6 Discussion	200

Chapitre 8 : Discussion générale	204
1. Synthèse générale des résultats.....	204
2. Vers une interprétation psychosociale des résultats.....	206
2.1 L'approche psychosociale et multi-niveaux comme grille de lecture de la gestion du risque VIH chez les HSH : la théorie des niveaux de Doise comme outil d'aide à l'interprétation des résultats (1986).....	206
2.1.1 Gestion individuelle du risque VIH.....	206
2.1.2 Effet des différents statuts sociaux dans les dynamiques relationnelles de l'essai	208
2.1.3 Le contexte sociétal, culturel et idéologique de la France quant au VIH et sa prévention	210
2.2 Impact du <i>design</i> de recherche communautaire sur les dynamiques relationnelles de pouvoir dans l'essai	217
2.3 Le contexte et la situation sociale au cœur de la gestion du risque VIH	221
2.3.1 Vers une psychologie sociale de la situation dans le domaine de la prévention et de la santé	222
2.4 Apport de l'accompagnement communautaire au champ de la prévention biomédicale du VIH.....	224
3. La place des personnes dans la prévention : peut-on parler de patient·e·s ?	227
4. L'approche critique en psychologie de la santé.....	228
5. Forces et limites de ce travail de thèse	232
6. Perspectives et préconisations issues de nos résultats.....	234
Bibliographie	236
Annexes.....	283
Annexe 1. Guide d'entretien semi-directif pour les entretiens individuels avec les médecins	283
Annexe 2. Questionnaires inclusion.....	284
Annexe 3. Questionnaire bimensuel	306
Curriculum Vitae	324

Index des tableaux

Tableau 1	Principaux essais de PrEP (Delaugerre, Gatey, & Molina, 2016)	39
Tableau 2	Caractéristiques des participants de l'essai ANRS-IPERGAY à leur inclusion (n=428)	108
Tableau 3	Principales caractéristiques des participants ayant participé aux deux phases de l'essai lors de leur inclusion (ANRS-IPERGAY, n= 332)	111
Tableau 4	Principales caractéristiques des participants ayant participé uniquement à la phase OLE lors de leur inclusion (ANRS-IPERGAY, n= 361)	112
Tableau 5	Synthèse des recueils de données qualitatives dans l'essai ANRS-IPERGAY	118
Tableau 6	Comparaison des comportements sexuels et des stratégies de prévention entre DBP et OLE (n=332, 4978 questionnaires)	133
Tableau 7	Evolution des comportements sexuels entre DBP et OLE (variables continues)	134
Tableau 8	Evolution des comportements sexuels et des stratégies de prévention entre DBP et OLE (variables catégorielles et dichotomiques)	135
Tableau 9	Comparaison des caractéristiques principales des participants de chaque trajectoire de PR ¹ (n=361)	147
Tableau 10	Facteurs affectant l'évolution des trajectoires de perception du risque (n=351 ¹)	150
Tableau 11.	Facteurs associés à l'absence d'utilisation de la PrEP et du préservatif au cours du dernier rapport sexuel (GEE simple et multiple, n=319, 1253 questionnaires).	198

Index des Figures

Figure 1. Evolution du nombre de nouvelles infections à VIH entre 1990 et 2016 (UNAIDS, 2017).	21
Figure 2. Evolution du nombre de décès liés au SIDA de 1990 à 2016 (UNAIDS, 2017).	22
Figure 3. Distribution des infections à VIH dans le monde en 2017 (UNAIDS, 2017).	23
Figure 4. Distribution des infections à VIH en Europe centrale et de l'ouest et en Amérique du nord en 2017 (UNAIDS, 2017).	24
Figure 5. Objectifs ONUSIDA d'ici 2020 (ONUSIDA, 2014).	32
Figure 6. Les cinq piliers de la prévention (UNAIDS, 2016b).	34
Figure 7. Prévention combinée (Avert, https://www.avert.org/professionals/hiv-programming/prevention/overview).	34
Figure 8. Interventions comportementales (Avert, https://www.avert.org/professionals/hiv-programming/prevention/overview).	35
Figure 9. Interventions biomédicales (Avert, https://www.avert.org/professionals/hiv-programming/prevention/overview).	36
Figure 10. Interventions structurelles (Avert, https://www.avert.org/professionals/hiv-programming/prevention/overview).	37
Figure 11. Schéma du protocole de PrEP à la demande (Molina et al., 2015).	39
Figure 12. Les composantes de la gestion du risque (Paicheler, 1997).	53
Figure 13. Mécanismes risk homeostasis (Wilde, 1998).	60
Figure 14. Modèle informatif.	69
Figure 15. Modèle interprétatif.	70
Figure 16. Modèle délibératif.	71
Figure 17. Modèle paternaliste.	72
Figure 18. L'approche patient-as-partner (Karazivan et al., 2015).	73
Figure 19. Implication du patient selon les niveaux du système de soin (Pomey et al., 2015).	74
Figure 20. Facteurs influençant l'approche centrée sur les patient·e·s (Mead & Bower, 2000).	77
Figure 21. Le regard psychosocial (Moscovici, 2014).	92
Figure 22. Regard psychosocial sur la gestion du risque VIH.	98
Figure 23. Modèle écologique du développement humain (Bronfenbrenner, 1979).	99
Figure 24. Questions de recherches et méthodologies de la thèse.	105
Figure 25. Design de l'essai ANRS-IPERGAY.	107
Figure 26. Inclusion et suivi des participants dans la phase DBP (Molina et al., 2015).	109
Figure 27. Inclusion et suivi des participants dans la phase OLE (Molina et al., 2015)	110
Figure 28. Répartition des médecins ayant participé à l'essai ANRS-IPERGAY (n=30).	113
Figure 29. Répartition des médecins ayant participé à l'étude qualitative par site d'étude (n=18).	114
Figure 30. Spécialité médicale des médecins ayant participé à l'étude qualitative (n=18).	114

Figure 31. Evolution des nombres moyens de rapports et de partenaires sexuels au cours du suivi (n=332).	127
Figure 32. Evolution du type de partenaire au cours du dernier rapport sexuel (n=332).	128
Figure 33. Evolution de la proportion de RASP (n=332).	129
Figure 34. Evolution de l'adhésion à la PrEP (n=332).	130
Figure 35. Evolution de l'utilisation combinée PrEP-préservatif (n=332).	131
Figure 36. Evolution de la consommation de drogues récréatives et d'alcool (n=332).	132
Figure 37. Evolution des trajectoires de perception du risque (n=361).	146
Figure 38. Trajectoires d'adhésion à la PrEP (n=361).	151
Figure 39. Trajectoires d'utilisation du préservatif (n=361).	152
Figure 40. Relation entre la perception du risque et l'adhésion à la PrEP (n=361).	153
Figure 41. Relation entre la perception du risque et l'utilisation du préservatif (n=361).	154

Introduction

En 2017, on estime encore à 1,8 millions le nombre de personnes nouvellement touchées par le VIH dans le monde (ONUSIDA, 2018). Dans le cas plus précis de la France, 6 400 personnes ont découvert leur séropositivité au VIH en 2017 (Santé publique France, 2019). La prévention du VIH reste donc un enjeu de santé publique dans le monde ainsi qu'en France.

Les données épidémiologiques montrent que le VIH n'est pas seulement une maladie physiologique, c'est également une maladie sociale. En effet, celle-ci touche de façon inégale les différentes populations. Pour un ensemble de raisons comportementales, physiologiques, économiques et sociales, la probabilité d'être infecté.e par le VIH est plus élevée pour les travailleurs.es du sexe, les usager·ère·s de drogues injectables, les Hommes ayant des rapports Sexuels avec les Hommes (HSH), les femmes transgenres ainsi que les client·e·s des travailleurs.es du sexe et les partenaires sexuel·le·s des personnes appartenant aux groupes précédemment mentionnés (UNAIDS, 2018). En France, les personnes les plus touchées par le VIH sont les HSH, avec 41% des nouvelles infections dans cette population en 2017 (Santé publique France, 2019).

Ce taux de nouvelles infections est principalement dû à l'utilisation insuffisante du préservatif, mais aussi à la stigmatisation liée aux pratiques homosexuelles. Parmi ces conséquences, la stigmatisation à l'encontre des HSH favorise la mise en œuvre de comportements à risque (Berg, Ross, Weatherburn, & Schmidt, 2013; Jeffries et al., 2013; Preston et al., 2007).

C'est dans ce contexte que l'efficacité d'un nouveau moyen de prévention a été évaluée récemment, la prophylaxie préexposition (PrEP). La PrEP s'adresse particulièrement aux personnes à haut risque d'exposition au VIH comme les HSH ayant des partenaires multiples. La PrEP se prend sous la forme de comprimés et est associée à un suivi médical malgré le caractère préventif de son utilisation.

L'essai ANRS-IPERGAY (2012-2016), un essai clinique et communautaire, a montré une réduction du nombre d'infections de 97% chez les HSH en France grâce à la PrEP (Molina et al., 2017). Depuis, son utilisation est autorisée en France.

C'est dans le cadre de cet essai que ce travail de thèse a été réalisé. L'essai ANRS-IPERGAY a offert un cadre propice à une approche psychosociale des risques liés au VIH. En effet, il a permis d'observer l'évolution des comportements vis-à-vis du risque VIH d'une cohorte de HSH dans un contexte de prévention en changement. Grâce au *design* de l'essai avec une phase randomisée en double-aveugle contre placebo durant deux ans puis une seconde phase ouverte sans placebo, il a été possible d'étudier les effets du changement de contexte sur la gestion du

risque VIH. Par ailleurs, cet essai a également constitué une belle opportunité d'étudier le rôle du contexte spécifique de mise en œuvre d'une recherche communautaire sur les dynamiques relationnelles et les comportements déployés dans l'essai et ainsi d'en tirer des pistes de réflexions pour l'accompagnement délivré avec la PrEP hors-essai.

Ce travail de thèse propose donc une analyse psychosociale et multi-niveaux de la gestion du risque VIH des HSH, dans un essai communautaire de PrEP en France. Pour ce faire, ce travail s'organise en différentes parties.

Premièrement une partie théorique qui s'articule en quatre chapitres. Le premier aborde le contexte de la thèse et retrace les enjeux de santé publique liés au VIH dans une approche ancrée historiquement. Le second chapitre synthétise les différentes approches de l'analyse du risque développées dans les différents courants théoriques de la psychologie, et plus spécifiquement le lien perception du risque-comportement. Le troisième concerne les enjeux autour de l'accompagnement dans le champ de la santé et de la prévention et notamment la relation patient·e-médecin ainsi que le rôle des pair·e·s communautaires dans ce domaine. Le dernier chapitre théorique met en avant l'intérêt d'une approche psychosociale de la santé dans le cadre de cette thèse.

La seconde partie vise à présenter la problématique ainsi que la méthodologie des différentes opérations de recherche présentées dans la thèse. Sont ensuite présentés les différents chapitres de résultats.

Enfin une dernière partie concernant la contribution, l'interprétation et la mise en perspective de nos résultats afin de formuler des pistes de recherches futures ainsi que des pistes d'actions concrètes pour améliorer la mise en œuvre de la prévention du VIH auprès des HSH.

Chapitre 1 : le VIH

1. Le contexte du risque VIH

1.1 L'histoire du VIH/SIDA

Depuis l'apparition des premiers cas de Syndrome d'Immunodéficience Acquis (SIDA) en 1981 aux États-Unis (Gottlieb et al., 1981), 77.3 millions de personnes ont été infectées par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), et 35.4 millions sont décédées des suites de maladies liées au SIDA (ONUSIDA, 2018). Dans un premier temps, l'évolution de cette infection demeura peu comprise par la médecine, tant du point de vue de son mode de transmission que de sa physiopathologie. Apparu dans un premier temps chez des personnes homosexuelles, dès 1982, le SIDA est également signalé dans d'autres populations : chez les personnes atteintes d'hémophilie, chez les Haïtien·e·s et chez les héroïnomanes (ONUSIDA, 2015b). Cela a conduit les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) en 1983 à classer des groupes de personnes plus à risque d'exposition à l'infection par le VIH que d'autres. Ces derniers étaient les partenaires sexuel·le·s des patient·e·s atteint·e·s du SIDA, les homosexuels ou bisexuels masculins sexuellement actifs ayant plusieurs partenaires, les Haïtien·e·s entrant sur le territoire des États-Unis, les toxicomanes (y compris les ex-toxicomanes) consommant des drogues injectables, les patient·e·s atteint·e·s d'hémophilie ainsi que les partenaires sexuel·le·s de toutes ces personnes à risque d'exposition au VIH (CDC, 1983). L'inquiétude liée à l'absence de connaissances précises sur les modes de transmission du virus a engendré une stigmatisation et une discrimination à l'encontre des personnes infectées et des populations les plus exposées. Face à cette situation, l'association américaine des personnes vivant avec le SIDA a publié en 1985 les Principes de Denver (Principes de Denver, 1985) afin d'associer les personnes touchées aux décisions qui les concernent. La revendication principale des Principes de Denver peut être résumée de la façon suivante : rien pour nous sans nous. Plus spécifiquement, les Principes de Denver s'adressaient aux professionnel·le·s de santé à travers des recommandations sur la façon d'aborder les personnes infectées par le SIDA ; à la population générale par des messages d'appel au soutien dans la lutte contre la stigmatisation des personnes infectées par le SIDA et les conséquences liées ; ainsi qu'aux personnes atteintes du SIDA par un appel à une mobilisation commune (Principes de Denver, 1985).

A partir de 1983, le virus est identifié (Barre-Sinoussi et al., 1983) ainsi que ses voies de transmission. S'ensuivent alors de nombreuses avancées médicales avec notamment l'arrivée sur le marché des premiers tests de dépistage du VIH en 1985. A la fin des années 80, les

clinicien·e·s découvrent l'efficacité de la molécule *azidothymidine* qui sera à l'origine du premier traitement antirétroviral (ARV) (Fischl et al., 1987) mais son effet sur la réplication du virus n'est que partiel et transitoire. Il reste nécessaire de trouver d'autres molécules plus efficaces. Malgré ces progrès, la période 1991-1995 reste empreinte d'une augmentation continue du nombre de décès liés au SIDA (ONUSIDA, 2015b). Les premières trithérapies en 1996 représentent une avancée thérapeutique majeure qui va bouleverser la lutte contre le VIH. Elles vont permettre de réduire très significativement le taux de mortalité associé au VIH ainsi que la progression du virus vers le stade SIDA (Hammer et al., 1997). L'infection par le VIH va ainsi basculer du statut de maladie mortelle à celui de maladie chronique (ONUSIDA, 2015b).

A l'échelle mondiale, l'évolution de la maladie a connu deux pics principaux, un premier en 1996 qui représente l'année à partir de laquelle le nombre de nouvelles infections par le VIH va diminuer au cours du temps (Figure 1), et en 2004 lorsque la courbe des décès liés au SIDA commence à diminuer (Figure 2) (UNAIDS, 2017).

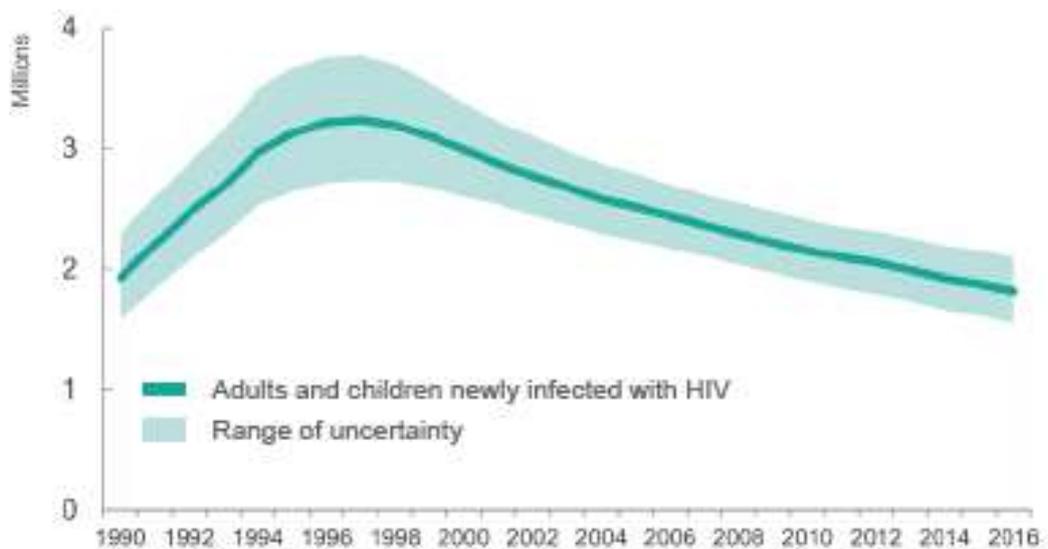


Figure 1. Evolution du nombre de nouvelles infections à VIH entre 1990 et 2016 (UNAIDS, 2017).

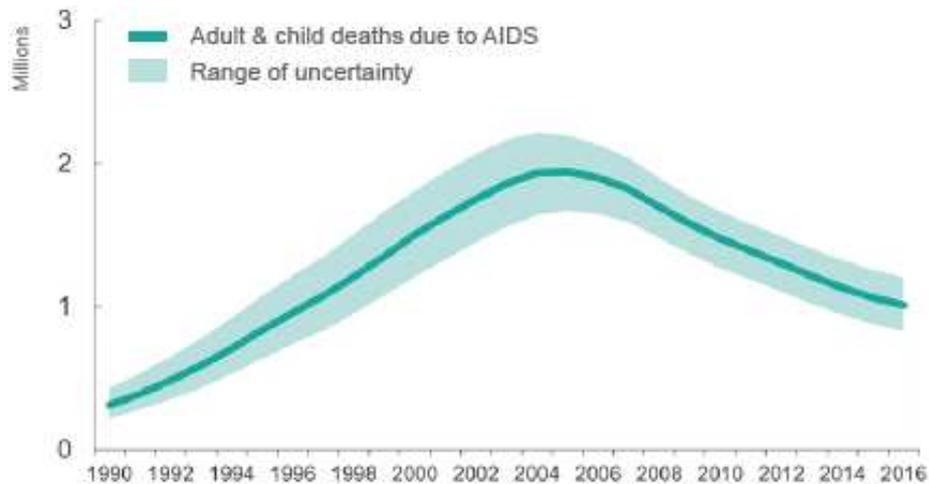


Figure 2. Evolution du nombre de décès liés au SIDA de 1990 à 2016 (UNAIDS, 2017).

Par la suite, deux autres découvertes ont rythmé l'évolution de l'épidémie : la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) et le *treatment as prevention* (TasP).

Depuis les années 2000, le renforcement du dépistage des femmes enceintes combiné à une mise sous ARV des mères en cas de sérologie positive au cours de la grossesse et des nouveaux-nés dans les premières heures de vie, ont permis de réduire le taux de transmission du virus de la mère à l'enfant de 30% à 1% (UNAIDS, 2015).

La réussite de la PTME a mis en évidence un lien entre la charge virale (CV) d'une Personne Vivant avec le VIH (PVVIH) et le risque de transmission (Quinn et al., 2000). Une PVVIH sous traitement ARV continu atteint généralement une CV dite indétectable, ce qui signe la suppression de la réplication du virus. Un bénéfice additionnel de la CV indétectable est que la PVVIH ne peut pas transmettre le virus à d'autres partenaires (Vernazza, Hirshel, Bernasconi, & Flepp, 2008). Cela démontre le besoin d'étendre la couverture antirétrovirale des PVVIH pour réduire le nombre de nouvelles infections à VIH. Dès 2010, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande alors la mise sous traitement ARV de toute personne dépistée positive au VIH ayant un taux de CD4 > 350 cells/ μ L quel que soit le stade clinique du virus (World Health Organization, & Department of HIV/AIDS, 2010), puis en 2015 à tous les PVVIH quel que soit le taux de CD4.

1.2 Les populations clés dans le champ de la prévention du VIH

Malgré ces avancées, la question de l'accès au traitement reste un défi majeur pour les programmes de lutte contre le VIH/Sida. En effet, en 2017, seulement environ 50% des 36,9 millions de PVVIH dans le monde ont accès aux ARV et on estime à 1,8 millions le nombre de nouvelles infections (ONUSIDA, 2018). On estime également à 1 million le nombre de décès annuels liés au SIDA dans le monde (Barré-Sinoussi, 2018).

Bien que tout le monde puisse être infecté par le VIH, certaines personnes ou certains groupes de personnes sont plus exposés au risque d'infection que d'autres. Pour un ensemble de raisons comportementales, physiologiques, économiques et sociales, la probabilité de rencontrer le virus n'est pas la même. Ainsi, les travailleurs.es du sexe (TS), les usager·ère·s de drogues injectables (UDI), les Hommes ayant des rapports Sexuels avec les Hommes (HSH), les femmes transgenres (FT) ainsi que les client·e·s des TS et les partenaires sexuel·le·s des personnes appartenant aux groupes précédemment mentionnés, sont davantage exposé·e·s au risque VIH. Ces populations clés représentent une petite partie de la population générale, dont la taille est difficile à évaluer compte-tenu de la stigmatisation ou de la répression parfois liées à leur statut dans certaines parties du monde (UNAIDS, 2018). Toutefois, selon UNAIDS (2018), les données disponibles permettent d'estimer que 47% (Figure 3) des nouvelles infections ayant eu lieu en 2017 dans le monde concernent des membres des populations clés ou bien leurs partenaires sexuel·le·s.

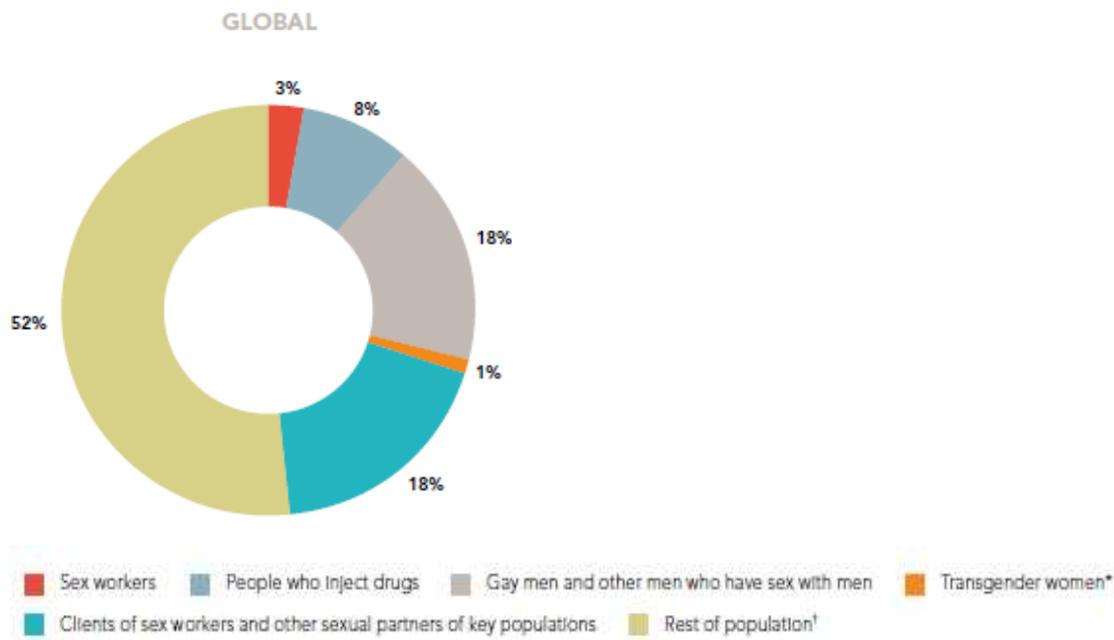


Figure 3. Distribution des infections à VIH dans le monde en 2017 (UNAIDS, 2017).

Cette proportion est variable et peut atteindre jusqu'à 95% selon les régions du monde (UNAIDS, 2018). En Europe centrale et de l'ouest ainsi qu'en Amérique du nord, 90% des nouvelles infections concernent les populations clés en 2017 dont 57% parmi les HSH, 24% parmi les client·e·s des TS et les partenaires sexuel·le·s des membres des autres populations clés, 7% parmi les UDI et 2% parmi les TS (UNAIDS, 2018, Figure 4).

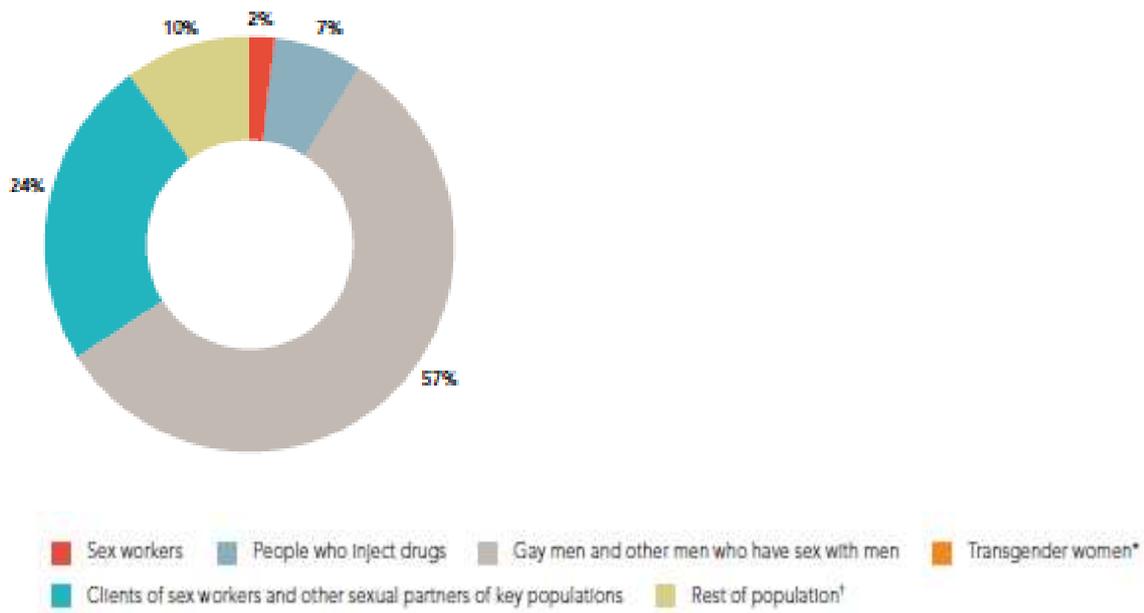


Figure 4. Distribution des infections à VIH en Europe centrale et de l'ouest et en Amérique du nord en 2017 (UNAIDS, 2017).

1.2.1 Populations clés et stigmatisation

Le nombre important de cas de transmission du VIH parmi les populations clés au début de l'épidémie a entraîné, comme nous l'avons évoqué plus haut, une stigmatisation des PVVIH. Cette stigmatisation a été renforcée par le fait que la plupart de ces populations étaient déjà, à l'époque, considérées comme marginales (Calvez, 2004). Au début de l'épidémie, cette stigmatisation a eu des conséquences sur la réponse politique face au VIH (Girard, 2016b). Par exemple, l'administration du Président Reagan aux États-Unis ne souhaitait pas prendre en charge une maladie des minorités sexuelles et raciales (Girard, 2016b). Cela a également provoqué un malaise en France où les pouvoirs publics ne savaient pas comment aborder le SIDA et l'homosexualité sans induire de stigmatisation (Girard, 2016b).

Au-delà de l'impact social et politique, la stigmatisation a également des répercussions sur la santé. En effet, la stigmatisation est une des causes des inégalités de santé (Hatzenbuehler, Phelan, & Link, 2013; Monteiro, Villela, & Soares, 2013) parce qu'elle constitue un frein à

l'accès aux soins : les personnes se sentant stigmatisées sollicitent moins les services de santé que les autres (Thaker, Dutta, Nair, & Rao, 2018). La stigmatisation liée au VIH/SIDA regroupe les actes de discréditation et de discrimination à l'encontre des PVVIH, les préjugés qui y sont liés ainsi que les répercussions sur les groupes et communautés associés (Herek, 2009). Plus spécifiquement, la stigmatisation relative au VIH/SIDA est explorée à travers deux dimensions, la dimension externe qui renvoie aux comportements et attitudes négatifs envers les PVVIH (rejet, intolérance, évitement etc.) et la dimension interne qui fait référence aux conséquences de ses actes sur les sentiments, croyances et comportements des PVVIH (isolement, honte, peur de révéler son statut, culpabilisation etc.) (Florom-Smith & De Santis, 2012). Parmi les personnes séronégatives, il a été montré que le sentiment d'être stigmatisé·e favorise l'adoption de comportements sexuels à risque, et augmente ainsi le risque d'infection et de transmission du VIH (Earnshaw & Chaudoir, 2009; Florom-Smith & De Santis, 2012; Jeffries, Marks, Lauby, Murrill, & Millett, 2013; Mahajan et al., 2008; Peretti-Watel, Spire, Obadia, Moatti, & for the VESPA Group, 2007). Il a également été montré que la stigmatisation est un frein au dépistage et favorise donc le dépistage tardif (Kelly, Weiser, & Tsai, 2016; Knight, Small, & Shoveller, 2016). Chez les PVVIH, les conséquences de la stigmatisation se traduisent par une moindre adhésion aux traitements et aux services de soins (Mahajan et al., 2008; Okello et al., 2015) et affectent également négativement les stratégies d'adaptation ainsi que le soutien social (Katz et al., 2013).

Les effets de la stigmatisation sur la prévention du VIH chez les HSH sont toujours d'actualité. En effet, une communication transparente au sujet des pratiques sexuelles est un prérequis à une prise en charge adéquate des besoins en matière de prévention du VIH (Qiao, Zhou, & Li, 2018). Or, une revue de la littérature sur l'année 2016, essentiellement dans les pays du Nord (Etats-Unis, Royaume-Uni, Nouvelle-Zélande, Canada, Allemagne, Chine), concernant le lien entre le recours au test de dépistage du VIH et la révélation du statut de HSH aux médecins, a montré que seuls 61% des HSH ont révélé leur statut à leur médecin (Qiao et al., 2018). La divulgation du statut est positivement associée au recours au dépistage du VIH. Les principales barrières associées à la révélation du statut identifiées dans la littérature sont : l'inquiétude quant à la confidentialité des informations, la crainte d'être stigmatisé·e et le manque d'intérêt des médecins pour les comportements sexuels (Qiao et al., 2018). En 2012, l'OMS a publié un guide d'utilisation de la Prophylaxie Pré-exposition (PrEP, présentée en détails dans la section 1.4.1 « la prophylaxie pré-exposition) chez les personnes à haut risque d'infection par le VIH (World Health Organization, 2012). Malgré les recommandations de l'OMS, la PrEP reste largement sous utilisée : par exemple aux États-Unis seulement 3% des populations ciblées y a

recours (Bush, et al., 2016). La peur d'être stigmatisé·e fait partie des barrières d'utilisation de la PrEP. Deux stéréotypes sont étroitement liés avec la PrEP : l'idée que les personnes utilisant la PrEP mentent sur leur statut sérologique et sont en réalité séropositives, et le préjugé selon lequel ces personnes sont contre le préservatif et à fort risque d'Infections Sexuellement Transmissibles (IST) (Grimm & Schwartz, 2018; Liu et al., 2014). Par ailleurs, les HSH rapportent également craindre un jugement de la part de leur médecin concernant leurs pratiques sexuelles s'ils émettent le souhait d'accéder à la PrEP (Grimm & Schwartz, 2018).

La stigmatisation liée au VIH et aux pratiques sexuelles associées représente un véritable frein dans la prévention de l'épidémie. Pour surmonter cette barrière, de plus en plus d'interventions impliquent la « communauté » dans les programmes de prévention ou de prise en charge du VIH. Par exemple, plusieurs pays Européens ont autorisé des services de *counseling* et de dépistage communautaire (*i.e.*, réalisés par des pairs) à destination des populations clés, dont les HSH, pour favoriser l'accès au dépistage régulier (Lorente et al., 2016). Les activités de dépistage et de *counseling* sont alors réalisées par des accompagnateur·rice·s communautaires (AC).

Les AC, également appelé·e·s pair·e·s éducateur·rice·s, désignent des personnes partageant les mêmes caractéristiques démographiques ou les mêmes comportements à risque qu'un groupe spécifique. Leur rôle est de sensibiliser et d'améliorer les connaissances liées à un problème de santé qui les concerne ainsi que d'encourager l'adoption de comportements préventifs dans ce même groupe. Ce travail peut être réalisé dans un cadre formel ou informel par le biais d'interactions quotidiennes (Medley, Kennedy, O'Reilly, & Sweat, 2009). La force des AC réside dans le fait qu'il·elle·s bénéficient d'un niveau élevé de connaissances concernant le groupe auquel il·elle·s appartiennent. De ce fait, les AC inspirent davantage confiance aux autres membres de la communauté, ce qui leur permet d'avoir des discussions sur des sujets intimes et sensibles (Campbell & MacPhail, 2002). De plus, les AC peuvent être davantage en contact avec des personnes du groupe éloignées des soins (Sergeyev et al., 1999). Dans le cadre du dépistage, les AC arrivent à atteindre les HSH les plus à risque d'infection par le VIH car ils·elles connaissent la culture et les pratiques HSH, et abordent plus aisément les questions d'homophobie et de rejet que ces derniers peuvent rencontrer (Bailey et al., 2008; Champenois et al., 2012; Lorente et al., 2013).

1.3 La recherche communautaire dans le champ du VIH

Depuis l'identification du VIH/Sida, les chemins des chercheur·e·s et des activistes se sont régulièrement croisés. En effet, à plusieurs occasions, les acteur·rice·s communautaires ont œuvré pour alerter les décideur·se·s et le grand public sur la vulnérabilité de certaines populations à l'égard du VIH (accès aux traitements, premier test de dépistage etc.), ouvrant ainsi la voie à de nouvelles recherches (Demange, Henry, & Préau, 2012). De plus, l'implication des communautés est apparue comme essentielle pour répondre correctement aux enjeux que posent régulièrement la prévention et la prise en charge dans le domaine du VIH (acceptabilité des outils de prévention, vécu de la maladie, divulgation du statut sérologique etc.) (Demange et al., 2012). Cette implication des communautés séro-concernées dans la lutte contre le VIH a conduit à la conceptualisation de la recherche communautaire. La recherche communautaire repose sur la collaboration entre chercheur·e·s et acteur·rice·s communautaires dans un partenariat équilibré, chacun·e apportant sa propre expertise (Demange et al., 2012). Elle se base sur les besoins des groupes concernés et a pour but de leur apporter une réponse (Demange et al., 2012).

La recherche communautaire poursuit un double but, avec d'une part un objectif scientifique de contribution à l'avancée des connaissances, notamment sur les groupes minoritaires, vulnérables ou difficiles à atteindre, et d'autre part, un objectif d'utilité sociale par le renforcement des capacités des communautés impliquées et la transformation des résultats des recherches en actions (Demange et al., 2012).

Le développement de la recherche communautaire fait écho au développement de la psychologie communautaire. Développée aux Etats-Unis dans les années 60, la psychologie communautaire représente la volonté de porter un regard différent sur les usager·ère·s, leurs compétences et leur place au sein des services de santé (Saïas, 2009). Il existe plusieurs définitions de la psychologie communautaire, parmi elles, nous retiendrons que « la psychologie communautaire a pour objet la production de changement social, (...) par la participation des communautés, dans le but de les rendre dépositaires du pouvoir social et du contrôle de leur environnement » (Montero & Diaz, 2007, cité par Saïas, 2009, p.9). La psychologie communautaire met en avant la nécessité de prendre en considération les déterminants politiques et sociaux de la santé pour promouvoir la qualité de vie des communautés et le développement de ressources locales, le plus souvent auprès de personnes exclu·e·s socialement (Saïas, 2009). Son application repose sur trois principes (Morin, Terrade, & Préau, 2012) : la prise en charge de la personne dans son environnement, qui fait directement référence au modèle « écologique » de Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 1979) ; la prise en

compte des compétences de chaque personne, ce qui se traduit par le concept d'*empowerment* qui renvoie à la capacité des personnes à promouvoir leurs compétences et leurs ressources dans un but d'autonomisation et de développement du pouvoir d'agir (Morin et al., 2012) ; le développement des ressources au sein même des communautés en s'appuyant sur la complémentarité des personnes qui les composent afin de faire évoluer les comportements et les compétences (Morin et al., 2012).

La psychologie communautaire s'inscrit donc parfaitement dans le développement et la mise en place de programme de recherche communautaire.

Le terme « communauté » regroupe différentes réalités. Il y a d'une part la communauté dite « naturelle » qui se fonde sur des liens géographiques ou sociaux préexistants (Demange et al., 2012). Elle concerne les personnes ayant des pratiques similaires (pratiques sexuelles par exemple) ou une pathologie commune. Cette communauté « naturelle » est souvent définie par un·e observateur·rice extérieur·e et non par la dimension identitaire ou le vécu des personnes concernées (Demange et al., 2012). La communauté HSH ou les UDI sont deux exemples de communautés naturelles. Ces catégories ont été définies par les chercheur·e·s sur la base de pratiques sexuelles ou de pratiques de consommation de drogues communes. Il existe également des communautés « socialement construites » c'est-à-dire fondées sur un sentiment d'appartenance et d'identité, de normes, d'enjeux et de valeurs partagées (Demange et al., 2012), comme la communauté *gay*. Enfin il y a également les communautés « organisées » qui reposent sur des institutions communes (Demange et al., 2012). Cette communauté est caractérisée par des membres qui s'engagent dans une action commune sur la base d'une intention collective (Demange et al., 2012). C'est par exemple le cas des associations communautaires visant à faire évoluer leurs droits.

La recherche communautaire repose sur plusieurs principes (Israel, 2005). Premièrement, elle se fait avec des communautés constituées. C'est à dire que la recherche communautaire utilise et soutient les forces et ressources des communautés. Deuxièmement, la recherche communautaire se fait dans le cadre d'un partenariat équilibré qui encourage le renforcement des capacités entre partenaires. Troisièmement, elle traite de problèmes considérés comme primordiaux par les communautés engagées dans la démarche, selon une approche globale de la santé. Quatrièmement, sa mise en œuvre implique des allers-retours entre partenaires à toutes les étapes du processus et la communication des résultats de la recherche à l'ensemble des partenaires, qui diffusent ensuite eux-mêmes ces résultats à la communauté. Enfin, la recherche communautaire représente un engagement sur le long terme.

Concrètement, la collaboration entre les acteur·rice·s communautaires et les chercheur·e·s se met en place dès la conception de l'étude. Les acteur·rice·s communautaires prennent part à l'élaboration du protocole et du *design* de l'étude. Il·elle·s sont présent·e·s lors des différents conseils scientifiques. Concernant la mise en place de la recherche, les acteur·rice·s communautaires sont très actif·ve·s dans le recrutement de la population d'étude et apportent leurs compétences auprès des chercheur·e·s et des participant·e·s tout au long de la recherche (par exemple, séance de *counseling*, accueil des participant·e·s sur les lieux de suivi etc.).

1.3.1 La recherche communautaire dans le champ de la prévention en France

Le dépistage communautaire

Le dépistage du VIH est un enjeu primordial dans la lutte contre le VIH/SIDA, particulièrement auprès des HSH (World Health Organization, 2011). En effet, de nombreuses études ont montré ses bénéfices tant du point de vue de la personne (accès précoce aux ARV) et du collectif (réduction de la transmission) que des comportements de prévention qu'il génère (Bunnell et al., 2006; Das et al., 2010; Granich, Gilks, Dye, De Cock, & Williams, 2009; Marks, Allegrante, & Lorig, 2005; Montaner et al., 2010). Jusqu'en 2011, l'offre de dépistage en France n'était pas diversifiée. Pour se faire dépister, il fallait obligatoirement se rendre dans un centre médical. La population testée dans ces centres était majoritairement hétérosexuelle. Dans ce contexte, il a fallu construire un protocole de recherche communautaire afin de faire le lien entre les HSH et le dépistage. Deux programmes de recherche communautaire ont ainsi montré les bénéfices liés à l'implémentation d'une offre de dépistage du VIH non médical effectuée par des acteur·rice·s communautaires en France (ANRS-DRAG et ANRS-COM'TEST). Les deux études ont montré que cette offre de dépistage était une alternative efficace au dépistage classique pour les HSH les plus à risque d'infection par le VIH ou pour les HSH n'ayant jamais, ou peu eu recours au dépistage par le passé (Champenois et al., 2012; Lorente et al., 2013). De plus, le niveau de satisfaction des participants par rapport au dépistage s'est révélé élevé notamment grâce à la communication et la confiance établies avec les acteur·rice·s communautaires (Préau et al., 2016). Suite à ces études, le dépistage communautaire a été autorisé et recommandé en France.

La prévention du VHC

Dans le champ de la prévention du VIH et de l'hépatite C (VHC), une recherche communautaire (ANRS-AERLI) auprès d'UDI a montré les bénéfices de l'accompagnement et de l'éducation aux risques liés à l'injection. Cette recherche a amené des changements majeurs dans la lutte contre le VHC. Suite aux résultats positifs de l'étude, cet outil d'accompagnement a été inclus dans la loi santé et est également considéré comme un moyen d'améliorer l'accès au dépistage VHC (Roux et al., 2017).

La recherche communautaire mène donc à une transformation concrète sur le terrain pour les populations concernées. Dans les cas présentés, elle a permis une meilleure appropriation des stratégies de prévention par les HSH, ce qui a contribué à réduire l'écart observé entre l'efficacité théorique des stratégies de prévention du VIH et leur efficacité réelle auprès des HSH (Kelly et al., 2000) et d'améliorer l'accès à la prévention du VHC pour les populations les plus vulnérables.

1.3.2 Spécificité de la recherche communautaire pour les populations cibles

La spécificité de la recherche communautaire en santé est qu'elle replace l'utilisateur, la personne, au cœur de la relation et du processus de soin. Elle s'appuie sur les besoins des individus et reconnaît leur expertise. La participation des individus et des communautés est un facteur clé des améliorations en santé (Rifkin, 2003). En effet, la théorie de l'autodétermination pose que les individus doivent satisfaire trois besoins psychologiques fondamentaux pour atteindre le bien-être (Laguardia & Ryan, 2000) : l'autonomie, la personne décide volontairement de ses actions ce qui entraîne un sentiment de congruence individuelle (DeCharms, 1968; Deci & Ryan, 1975) ; la compétence, qui renvoie au sentiment d'efficacité sur son environnement et de prise en charge personnelle de l'effet recherché à produire (Deci & Ryan, 1975; White, 1959); et le sentiment d'appartenance, le fait d'être relié à des personnes qui sont importantes pour soi (Baumeister & Leary, 1995; Ryan, 1993). Le contexte et la culture sont des facteurs qui influencent l'expression de ces besoins et les moyens d'y répondre (Laguardia & Ryan, 2000). Selon Midgley (1981), l'autodétermination est une des sources sur laquelle se fonde la participation communautaire.

Appliquée au domaine de la santé, la satisfaction de différents besoins identifiés par la théorie de l'autodétermination peut s'observer au travers du climat et de la relation thérapeutique dans laquelle se déroulent les soins. En effet, cette théorie suppose qu'un soutien à l'autonomie des

patient·e·s et des interrelations soutenues entre eux et les médecins entraînent un climat favorable à l'engagement des patient·e·s dans leurs démarches de santé (Laguardia & Ryan, 2000). Cela se traduit par une écoute de qualité de la part du personnel médical, par une attention concernant le point de vue des patient·e·s, la communication des informations pertinentes relatives à leur état et la possibilité de choisir la stratégie de gestion de leur santé (Edward, Deci, Eghrari, Patrick, & Leone, 1994; Williams, Deci, & Ryan, 1998). Des études ont confirmé le lien entre autonomie et motivation à adopter des comportements favorables à la santé et au bien-être (Laguardia & Ryan, 2000).

La recherche communautaire offre un cadre qui favorise la réponse à ses besoins psychologiques et de santé. En effet, l'implication des communautés et la reconnaissance de leur expertise expérientielle à travers la participation active des acteur·rice·s communautaires dans le programme de recherche facilitent *l'empowerment* des participant·e·s et favorisent ainsi la promotion de la santé.

La recherche communautaire représente donc un enjeu majeur dans la prévention et la prise en charge du VIH. Cette façon d'envisager la recherche permet de répondre au plus près des besoins des populations clés concernant le VIH et ainsi de créer un pont entre la recherche et les communautés. L'implication des communautés fait désormais partie intégrante des dernières recommandations internationales en matière de prévention et de prise en charge du VIH.

1.4 Les recommandations internationales en matière de prévention du VIH.

Les recommandations actuelles de prévention et de prise en charge du VIH prennent en compte à la fois les avancées récentes de la recherche biomédicale en termes de prévention et de prise en charge du VIH, et les bénéfices liés à l'implication communautaire dans le champ du VIH. Ces recommandations visent la fin de l'épidémie du VIH d'ici à 2030. Pour y parvenir, l'ONUSIDA a fixé un objectif intermédiaire en 2020 en vue d'atteindre 90% des PVVIH dépistées, 90% des PVVIH dépistées sous traitement ARV durable et 90% des PVVIH sous traitement ARV durable avec une CV indétectable (ONUSIDA, 2014) (Figure 5).

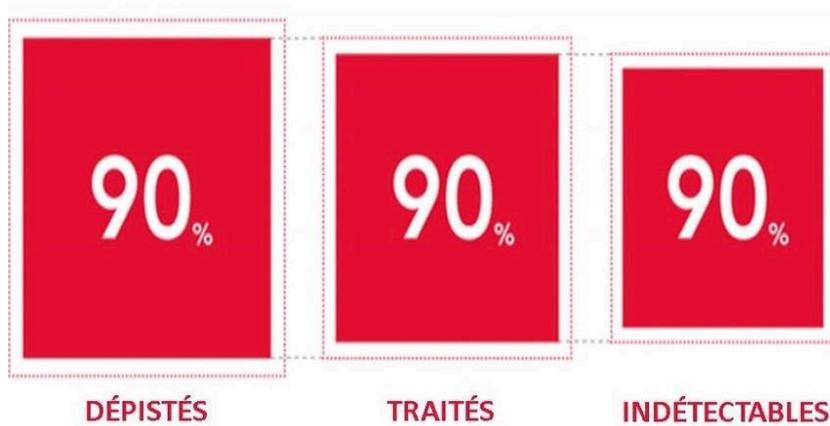


Figure 5. Objectifs ONUSIDA d'ici 2020 (ONUSIDA, 2014).

Le traitement ARV est un outil essentiel pour mettre fin à l'épidémie du sida mais il n'est pas le seul. D'autres stratégies de prévention comme la distribution de préservatifs, la PrEP (détaillée dans la section qui suit), la circoncision masculine médicale volontaire dans les pays de haute prévalence et les programmes d'échange de seringues pour les personnes qui s'injectent des drogues, sont également nécessaires (ONUSIDA, 2014). Par ailleurs, les Objectifs et Engagements Mondiaux de Prévention 2020 recommandent la réduction du nombre de nouvelles infections à moins de 500 000, soit une diminution de 75% par rapport à 2010 (ONUSIDA, 2016). Pour atteindre cet objectif, il faudrait que 90% des personnes exposées au risque d'infection à VIH, notamment les populations clés et les jeunes habitant dans des contextes de forte prévalence, aient accès à des services complets de prévention (ONUSIDA, 2016). Pour cela, il faudrait concrètement donner accès à la PrEP à 3 millions de personnes exposées au risque VIH, soit environ 10% du nombre total, étendre la circoncision médicale volontaire chez les hommes dans certains pays d'Afrique pour atteindre 25 millions d'hommes volontairement circoncis et enfin distribuer 20 milliards de préservatifs par an dans les pays à revenu faible et intermédiaire (ONUSIDA, 2016). Ces recommandations mettent en exergue le besoin de combiner les différents outils de prévention disponibles afin de maximiser l'impact sur le nombre de nouvelles infections. La prévention dite combinée va ainsi devenir un véritable enjeu et outil de santé publique dans la prévention du VIH.

Ainsi, pour atteindre l'objectif 2020 des 90-90-90, cinq piliers de la prévention sont définis et parmi ceux-ci, des outils de prévention combinée adaptés aux différentes populations vulnérables (Figure 6 ; (UNAIDS, 2016b) :

- Des *packages* de prévention combinée de prévention pour les adolescentes, les jeunes femmes et leurs partenaires masculins dans les zones à forte prévalence (notamment l'Afrique). Ces *packages* comprennent l'éducation sexuelle, l'autonomie économique, l'élimination des normes discriminatoires et des violences de genre, ainsi que l'accès aux droits et aux services de santé sexuelle et procréative (y compris la contraception) (UNAIDS, 2016b).
- Des programmes de prévention combinée pour toutes les populations clés, comprenant l'autonomisation communautaire, la sensibilisation par les pair·e·s et la distribution de préservatifs, la réduction des risques pour les utilisateur·rice·s de drogues, l'accès au test de dépistage sans stigmatisation ni discrimination et une orientation vers le traitement. Ces programmes doivent comporter une forte dimension communautaire et être adaptés aux besoins des populations clés concernant le VIH et plus largement à leurs besoins en matière de santé sexuelle et reproductive (UNAIDS, 2016b).
- Le renforcement des programmes nationaux concernant le recours aux préservatifs et les interventions comportementales qui y sont liées comprenant l'approvisionnement et la distribution gratuite de préservatifs masculins et féminins avec du gel lubrifiant. (UNAIDS, 2016b).
- La circoncision masculine médicale volontaire dans les pays ayant une forte prévalence et de faibles niveaux de circoncision masculine dans le cadre d'une prestation de service de santé sexuelle et procréative pour les hommes et les jeunes garçons (UNAIDS, 2016b).
- Offrir la PrEP aux groupes de populations présentant un risque élevé d'infection du VIH (UNAIDS, 2016b).

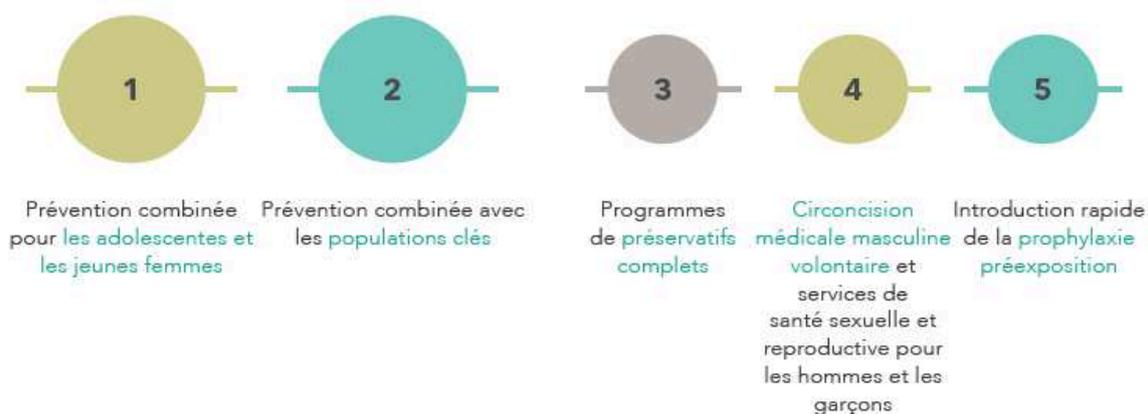


Figure 6. Les cinq piliers de la prévention (UNAIDS, 2016b).

Aucune stratégie de prévention ne permettra donc à elle seule d’atteindre les objectifs « 90 90 90 » d’ici 2020. L’atteinte des objectifs repose sur la mise en œuvre d’offres de prévention combinée, mais pas seulement à un niveau individuel. En effet, nous avons vu précédemment la forte stigmatisation associée au VIH et les conséquences sur l’accès aux soins et à la prévention. En ce sens, la prévention combinée vise à obtenir une influence maximale sur la prévention du VIH en associant des stratégies structurelles, biomédicales et comportementales (ONUSIDA, 2015a) (Figure 7).

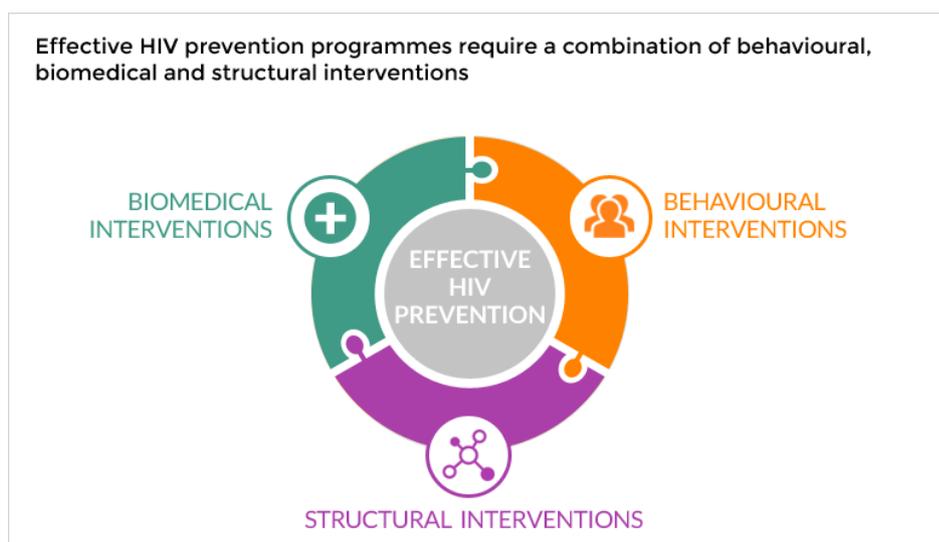


Figure 7. Prévention combinée (Avert, <https://www.avert.org/professionals/hiv-programming/prevention/overview>).

Tout d'abord les interventions comportementales (Figure 8) visent à réduire le risque d'acquisition et de transmission du VIH en travaillant sur les comportements individuels à risque. Cela concerne, par exemple, les interventions visant à améliorer les connaissances liées au VIH et à évaluer et reconnaître les situations à risque, mais aussi l'éducation sexuelle, le counseling et le soutien psychosocial. Les interventions comportementales peuvent aussi se situer à un niveau collectif à travers des interventions visant à réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH et aux populations clés (UNAIDS, 2016a).



Figure 8. Interventions comportementales (Avert, <https://www.avert.org/professionals/hiv-programming/prevention/overview>).

Les interventions biomédicales (Figure 9) visent quant à elles, l'utilisation des outils de prévention disponibles pour réduire la transmission du VIH comme le préservatif, le *TasP*, le dépistage, le traitement des Infections Sexuellement Transmissibles (IST), la PrEP, le traitement d'urgence post exposition (similaire à une « pilule du lendemain ») ou encore la circoncision masculine volontaire (UNAIDS, 2016a).

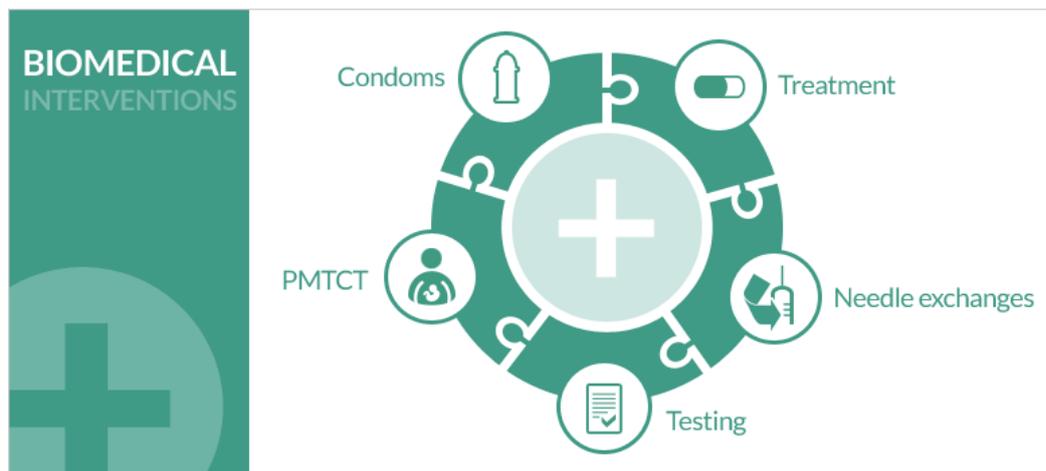


Figure 9. Interventions biomédicales (Avert, <https://www.avert.org/professionals/hiv-programming/prevention/overview>).

Enfin, les interventions structurelles (Figure 10) cherchent à agir sur les facteurs contextuels qui rendent un groupe vulnérable au VIH – que ce soient des facteurs sociaux, économiques, politiques ou environnementaux (UNAIDS, 2016a).



Figure 10. Interventions structurelles (Avert, <https://www.avert.org/professionals/hiv-programming/prevention/overview>).

Le détail des niveaux d'action de la prévention combinée présenté ci-dessus montre la volonté d'avoir une approche holistique et globale de la lutte contre le VIH par la prise en compte de chacun de ces niveaux dans les programmes de prévention. Le poids de la prévention n'est plus seulement porté au niveau individuel mais responsabilise également les facteurs structurels impliqués.

La prévention combinée, que ce soit par la combinaison des outils de prévention disponibles au niveau individuel ou par la combinaison des niveaux d'interventions (structurel, communautaire, individuel), est l'angle d'approche de la prévention du VIH des expert·e·s et des chercheur·e·s en santé publique et plus largement des personnes impliqué·e·s dans la lutte contre le VIH.

Dernièrement en France, un groupe d'expert·e·s et sa commission « prévention et dépistage » ont pris le parti de remplacer l'expression « prévention combinée » par le terme « prévention diversifiée » (Morlat, 2018) partant du constat qu'à l'échelle individuelle, les différents outils de prévention ne sont pas toujours combinés mais que leur diversification au niveau populationnel est nécessaire pour impacter efficacement la dynamique des infections (Morlat, 2018). Cela souligne la reconnaissance de l'hétérogénéité des personnes fortement exposées au VIH et la volonté d'adapter la prévention en fonction des besoins de chacun·e et de ne plus

prôner l'utilisation d'une unique stratégie de prévention. Cette commission a réaffirmé la nécessité d'implémenter largement la prévention diversifiée auprès des populations les plus exposées, les populations clés, afin de faire régresser l'épidémie à un niveau très faible dans un pays comme la France (Morlat, 2018).

En 2016, la PrEP a été intégrée au *package* de prévention combinée disponible en France dans le champ du VIH, elle est l'objet principal de cette thèse.

1.4.1 La Prophylaxie Pré-exposition (PrEP)

La PrEP est devenue, au cours de ces dernières années, l'une des innovations les plus importantes dans le champ de la prévention du VIH auprès des HSH. La PrEP est un outil de prévention biomédicale qui vise à réduire l'incidence du VIH dans les populations encore aujourd'hui très exposées à un risque de contamination. Il s'agit de cibler les groupes et les personnes les plus exposés à une infection par le VIH avant même une prise de risque (Girard, 2016a). L'utilisation de la PrEP se traduit par l'utilisation de médicaments ARV à prendre au cours d'une période d'exposition à un risque de contamination. Elle est administrée sous la forme d'un comprimé de Truvada® (ou de son générique) à prendre une fois par jour tant que la période d'activité sexuelle se poursuit. Ce comprimé contient deux antirétroviraux hautement actifs contre le VIH, le *Ténofovir* et l'*Emtricitabine*. Les ARV présents dans l'organisme empêchent alors le VIH (mais pas les autres IST) de s'installer et évitent ainsi une contamination en cas d'exposition.

Plusieurs essais cliniques de PrEP par voie orale ont montré une efficacité comprise entre 44% et 86% dans la réduction de l'incidence du VIH dans des populations clés à forte incidence (Tableau 1).

Tableau 1

Principaux essais de PrEP (Delaugerre, Gatey, & Molina, 2016)

Population	Essais	Réduction de l'incidence du VIH	Antirétroviral Mode d'administration
HSH / Transgenre	- iPrEX - PROUD - IPERGAY	44 % 86 % 86 %	TDF/FTC oral tous les jours TDF/FTC oral tous les jours TDF/FTC oral à la demande
Hommes et femmes hétérosexuels	- Partners PrEP - TDF 2	63 - 75 % 62 %	TDF oral tous les jours TDF/FTC oral tous les jours
Femmes	- CAPRISA - FACTS - FEM-PREP - VOICE	39 % 0 % 6 % -49 % -15 %	TDF gel à la demande TDF gel à la demande TDF/FTC oral tous les jours TDF oral / gel tous les jours
Usagers de drogues injectables	- BTS	49 %	TDF oral tous les jours

HSH : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; FTC : emtricitabine ; TDF : tenofovir disoproxyl fumarat

Chez les HSH, il existe deux protocoles d'utilisation de la PrEP : « en continu » à savoir un comprimé par jour dont l'efficacité a été montrée par l'essai iPrEx et PROUD (Tableau 1) et « à la demande » c'est-à-dire basé sur l'activité sexuelle dont l'efficacité a été montrée par l'essai ANRS-IPERGAY (Tableau 1). Ce protocole prévoit la prise de deux comprimés entre 24h et 2h avant l'acte sexuel, puis un comprimé 24h après et un autre 48h après la première prise (Molina et al., 2015) (Figure 11).

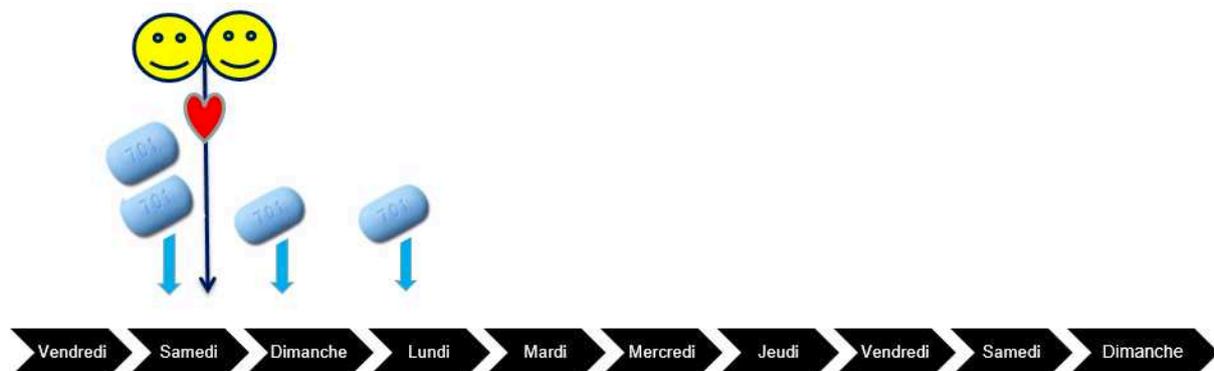


Figure 11. Schéma du protocole de PrEP à la demande (Molina et al., 2015).

1.4.1.1 Principaux essais PrEP auprès des HSH

Trois principaux essais sur la PrEP ont été conduits depuis 2007 auprès des HSH dans plusieurs régions du monde afin d'en démontrer l'efficacité. Le premier, l'essai iPrEx a été conduit entre 2007 et 2009 auprès de 2 499 HSH et hommes transgenres ayant des rapports sexuels avec des

hommes, au Pérou, en Equateur, en Afrique du Sud, au Brésil, en Thaïlande et aux États-Unis. Cet essai avait pour but d'évaluer l'efficacité de la PrEP avec un protocole d'utilisation quotidienne (un comprimé par jour à heure fixe) (Grant et al., 2010). L'essai a été randomisé en double aveugle, c'est-à-dire que les participants ont été répartis aléatoirement en deux groupes : ceux ayant accès à la PrEP et ceux ayant accès à un placebo. Ni les clinicien·e·s ni les participants ne connaissaient la répartition des groupes. L'essai prévoyait une visite médicale de suivi toutes les quatre semaines avec un suivi médical (dépistage du VIH, diagnostic et traitement des IST, effets secondaires) et du *counseling* concernant l'observance à la PrEP. Les participants recevaient également des préservatifs. Les comportements à risque ont été évalués par entretien toutes les douze semaines (Grant et al., 2010). L'essai iPrEx a rapporté une réduction de l'incidence du VIH de 44% dans le bras PrEP par rapport au bras placebo (Grant et al., 2010). Un écart entre l'observance médicamenteuse auto-rapportée et celle mesurée par le biais des dosages plasmatiques d'ARV a été observé, signe d'une observance à la PrEP insuffisante qui a nui à son efficacité optimale (Grant et al., 2010). Le taux d'efficacité de la PrEP était en effet de 92% chez les participants ayant des dosages plasmatiques d'ARV positifs. Cet essai a ainsi montré que l'observance médicamenteuse est un facteur clé pour garantir l'efficacité de la PrEP sur les nouvelles infections à VIH.

Entre novembre 2012 et avril 2014, l'essai PROUD a été mené en Angleterre dans treize centres de santé sexuelle auprès de 544 HSH (McCormack et al., 2016). Le même protocole d'utilisation de la PrEP a été utilisé, en revanche la randomisation des participants a été faite de la façon suivante : un premier groupe recevait le traitement immédiatement et le second 12 mois plus tard (McCormack et al., 2016). L'objectif était de mesurer l'efficacité de la PrEP quotidienne avec un suivi clinique trimestriel des participants (dépistages VIH/IST) ainsi que d'évaluer si des changements négatifs dans les comportements sexuels survenaient suite à l'initiation de la PrEP (*e.g.*, augmentation du nombre de partenaires sexuels). Les comportements sexuels et l'observance médicamenteuse à la PrEP étaient évalués tous les mois par un questionnaire qui interrogeait les participants sur leurs comportements sexuels et leur prise de PrEP jour par jour. Un questionnaire plus détaillé sur le nombre et le type de partenaires au cours des trois derniers mois était administré à l'inclusion puis une fois par an. Les participants avaient accès à des préservatifs, au traitement des IST, au traitement post exposition du VIH, etc. La comparaison des deux bras a permis de montrer une réduction de l'incidence du VIH de 86% grâce à la PrEP (McCormack et al., 2016).

Quant à l'essai ANRS-IPERGAY, il visait à évaluer l'efficacité de la PrEP à la demande (basée sur l'activité sexuelle, schéma de prise présenté dans la section 1.2.1 « la prophylaxie pré-

exposition » et dans la Figure 11) auprès de 428 HSH dans cinq sites en France (Paris, Lyon, Nantes, Lille, Nice) et un site au Canada (Montréal) entre 2012 et 2016 (Molina et al., 2015). L'essai s'est déroulé en deux temps avec une première phase randomisée en double aveugle (2012-2014) et une seconde avec la suppression du bras placebo (2014-2016). Les participants étaient suivis tous les deux mois par un·e médecin (dépistages VIH/IST, traitement IST, effets secondaires, etc.) et un·e accompagnateur·rice communautaire (*counseling* sur la prise de la PrEP, son intégration dans le quotidien et les différentes stratégies de réduction des risques) (Molina et al., 2015). Les participants avaient accès à cette occasion à des préservatifs, du gel lubrifiant et des seringues à usage unique (Molina et al., 2015). Les comportements sexuels et l'observance à la PrEP étaient évalués tous les deux mois pendant l'essai. La première phase de l'étude a montré une réduction de l'incidence du VIH de 86% entre le bras placebo et le bras PrEP, ce qui a conduit à la suppression du bras placebo jusqu'à la fin de l'essai. Cette deuxième période a permis de montrer une réduction de l'incidence du VIH de 97% comparée au bras placebo (Molina et al., 2017).

Ces trois essais ont mis en place une offre de prévention diversifiée auprès de HSH à fort risque d'infection par le VIH dans différents contextes avec des modalités d'accompagnements variables. Les résultats soulignent le rôle de l'observance médicamenteuse, et au-delà, de l'adhésion dans l'efficacité de la PrEP contre l'infection à VIH. En effet, l'observance renvoie à la capacité de prendre correctement un traitement, c'est-à-dire en suivant rigoureusement la prescription médicale (Haynes, 1979; Morris & Schulz, 1992). L'évaluation de l'observance se concentre donc uniquement sur les comportements, notamment dans les essais cliniques (Lamouroux, Magnan, & Vervloet, 2005). Toutefois, le comité scientifique « Contexte thérapeutique et prise en charge » de l'agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites (ANRS) met en exergue dès 1998 que la qualité de l'observance ne saurait se réduire à un simple problème de comportement des personnes (Bungener, Morin, & Souteyrand, 2001). En ce sens, le concept d'adhésion thérapeutique dépasse l'évaluation du conformisme médical en replaçant le sujet au cœur du traitement. Elle renvoie au degré d'accord et d'acceptation des personnes concernant leur protocole thérapeutique. L'adhésion thérapeutique peut ainsi se définir comme une conduite intentionnelle basée sur une prise de position (Morin, 2001). Le concept d'adhésion considère que le succès thérapeutique dépend en partie du degré d'implication et d'agrément des patient·e·s envers leur traitement. L'adhésion renvoie donc à la partie attitudinale de l'observance thérapeutique, dont elle peut être à la fois être un déterminant ou un résultat (Lamouroux et al., 2005). S'intéresser à l'adhésion thérapeutique

permet de prendre en compte la subjectivité de la personne, son rapport à la santé, à la maladie et au risque, ses croyances ainsi que le contexte socioculturel dans lequel elle s'inscrit. Pour comprendre l'effet de l'introduction de la PrEP sur les stratégies de réduction des risques VIH, il convient de s'intéresser à l'adhésion des personnes.

Les trois essais cliniques décrits soulignent les enjeux que l'accès à la PrEP représente pour la population HSH, compte-tenu de son exposition au risque VIH.

1.5 Les HSH et le risque VIH en France

Lors de l'apparition du VIH en France dans les années 80, la communauté homosexuelle est en plein militantisme pour l'avancée de ses droits (Girard, 2013). Rapidement, des associations issues de la communauté *gay* se mobilisent face à l'épidémie, notamment par le soutien aux malades et la transmission d'informations (Girard, 2013).

Le gouvernement, quant à lui, s'est peu impliqué dans la prise en charge politique de l'épidémie durant les premières années (1981-1986) (Girard, 2013). Cette lenteur politique s'explique par plusieurs éléments : le faible nombre de cas de VIH/SIDA observés les premières années, puis rapidement par la difficulté d'aborder publiquement une maladie qui touche particulièrement les homosexuels (Girard, 2013).

Actuellement, les HSH restent une population clé de l'épidémie en France, comme le soulignent les données épidémiologiques les plus récentes. En effet, la prévalence du VIH chez les HSH est estimée à 17% contre 0,38% dans la population générale (Supervie, Marty, Lacombe, Dray-Spira, & Costagliola, 2016). Les HSH sont donc la population la plus touchée par l'épidémie. Depuis 2003, alors que les découvertes de séropositivité diminuent globalement, celles concernant les HSH sont en augmentation (2500 en 2010 contre 1900 en 2003) (Cazein et al., 2014). En 2012, 42% des découvertes de séropositivité concernaient des HSH, ce qui représentait une augmentation de 14% par rapport à 2011 alors que l'épidémie s'était stabilisée chez les hétérosexuel-le-s (Cazein et al., 2014). Les HSH représentaient toujours 45% des nouvelles infections VIH en 2017-2018 (Santé publique France, 2018). Plusieurs raisons peuvent expliquer ces données. D'un point de vue physiologique, les HSH sont plus exposés au risque d'infection par le VIH. En effet, pour s'implanter dans l'organisme, le VIH doit franchir la barrière de cellules épithéliales de la muqueuse qui protègent l'organisme des germes, et se fixent ensuite sur les cellules immunitaires pour se répliquer et se propager au reste de l'organisme (Fox & Fidler, 2010). Il se trouve que le taux de cellules épithéliales est plus important dans les muqueuses vaginales que dans le rectum. Le VIH traverse donc plus facilement la muqueuse rectale qui est plus fragile (Fox & Fidler, 2010). De plus, le canal anal

a la spécificité d'être constitué de cellules qui peuvent être directement infectées par le VIH, contrairement à la cavité vaginale (Levy, 1993). Le risque d'infection est donc plus important lors d'une pénétration anale non protégée que lors d'une pénétration vaginale non protégée. Le risque est également plus important lorsque la personne adopte une position réceptive (*versus* insertive) lors de la pénétration (Fox & Fidler, 2010). Toutefois, la pénétration anale non protégée n'explique pas à elle seule la dynamique de l'épidémie chez les HSH. Certains comportements, tels qu'un nombre élevé de partenaires et de rapports sexuels, la fréquentation de certains lieux de rencontre ou encore la consommation de substances psychoactives en contexte sexuel augmentent l'exposition au risque (Velter & Bouyssou-Michel, 2004). Le contexte social peut contribuer à expliquer la mise en place de comportements sexuels dits « à risque », c'est-à-dire à risque d'acquisition du VIH. En effet, les comportements sont déterminés socialement et les comportements préventifs ne font pas exception. La stigmatisation à l'encontre des pratiques HSH et de l'identité homosexuelle peut entraîner une gestion individuelle du risque VIH insuffisante (Preston, D'Augelli, Kassab, & Starks, 2007). De plus, la stigmatisation, par des mécanismes aujourd'hui bien connus tels que l'internalisation du stigmate et la baisse de l'estime de soi associée, impacte négativement la santé mentale des HSH et favorise des pratiques sexuelles à risque (Berg, Ross, Weatherburn, & Schmidt, 2013; Jeffries et al., 2013; Preston et al., 2007).

Dans ce contexte, la PrEP est un véritable enjeu de santé publique pour faire reculer l'épidémie VIH chez les HSH en France.

1.5.1 L'accès à la PrEP pour les HSH en France.

En France, la PrEP s'adresse à toutes les personnes majeures exposées par leurs pratiques à un haut risque de contracter le VIH et notamment aux HSH ou personnes transgenres répondant à au moins un des critères suivants : i) avoir eu deux rapports sexuels anaux sans préservatif avec des partenaires différents au cours des 6 derniers mois, ii) avoir eu un épisode d'IST dans les 12 derniers mois, iii) avoir eu recours à un traitement post exposition au VIH dans les 12 derniers mois et iv) consommer des drogues lors des rapports sexuels (*chemsex*) (Haute Autorité de Santé (HAS), 2017). Elle peut également être prescrite au cas par cas aux personnes dans les situations suivantes : i) consommation de drogues injectables avec échange de seringues, ii) travailleurs.es du sexe ayant des rapports sexuels non protégés et iii) vulnérabilité exposant à des rapports sexuels non protégés à haut risque de transmission du VIH (HAS, 2017).

La PrEP requiert la prescription médicale d'un.e médecin et implique un suivi tous les trois mois comprenant le dépistage du VIH et des autres IST ainsi que la surveillance des effets

secondaires (HAS, 2017). La PrEP est inscrite dans une stratégie globale de prévention incluant (i) un accompagnement des personnes afin de favoriser l'adhésion au traitement et de réduire les risques associés à certaines pratiques sexuelles et (ii) des recommandations d'utilisation de la PrEP dans un cadre de prévention diversifiée et notamment en supplément du préservatif et des dépistages réguliers (HAS, 2017). Ce traitement préventif est pris en charge à 100% par la sécurité sociale (Morlat, 2018).

Synthèse :

Dans ce chapitre nous avons vu que 77 millions de personnes ont été infectées par le VIH et 35 millions sont décédées des suites du SIDA (ONUSIDA, 2018). Depuis la découverte du virus, la prévention du VIH a été marquée par plusieurs étapes. Premièrement la PTME et deuxièmement le *TasP*. Ces deux avancées ont permis de considérablement diminuer le taux de transmission du VIH et de mettre en évidence le potentiel des ARV dans le champ de la prévention. Cela a récemment conduit à la mise en œuvre de la PrEP. Du côté de la prise en charge, c'est la découverte des trithérapies en 1996 qui a bouleversé le cours de l'épidémie en faisant passer le VIH de maladie mortelle à maladie chronique (ONUSIDA, 2015b).

Au-delà de la spécificité clinique du virus, les premiers cas de VIH/SIDA ont mis en exergue certaines communautés plus vulnérables que d'autres, notamment les HSH. Cet aspect de l'épidémie a engendré une stigmatisation forte du virus et des personnes atteintes ainsi que des difficultés pour les politiques à répondre efficacement à ce problème de santé publique. De ce fait, afin de pallier aux lenteurs politiques, les patient·e·s ont très rapidement pris une place importante et novatrice dans l'histoire du VIH/SIDA, comme l'illustrent les Principes de Denver publiés en 1985, soit quatre ans après l'apparition des premiers cas. Cette implication des communautés concernées a favorisé la conceptualisation d'une nouvelle forme de recherche, la recherche communautaire. Cette dernière a permis de faire le lien entre les besoins des communautés et la recherche afin d'aboutir à des recommandations en termes de prévention et de prise en charge plus adaptées à ces communautés. La stigmatisation ainsi que l'hétérogénéité des besoins liés au VIH ont conduit les expert·e·s en santé publique à aborder la prévention du VIH de façon combinée afin d'agir sur tous les niveaux pouvant accentuer le risque d'infection, puis de façon diversifiée à l'échelle individuelle. Grâce à cette approche, l'OMS espère atteindre l'objectif 90 dépistés-90 traités-90 indétectables d'ici 2020, d'autant plus avec le déploiement de la PrEP dans l'éventail des outils de prévention disponibles.

En France, les HSH sont étroitement liés à la lutte contre le VIH/SIDA, que ce soit en tant qu'acteurs mobilisés qu'en tant que population cible des interventions de prévention. En effet, à l'heure de la recherche communautaire, les HSH peuvent avoir plusieurs rôles dans les études de recherche : participation à la conception des protocoles, au suivi des participants et à la collecte des données, ou population cible des interventions.

Malgré leur mobilisation historique, la population HSH reste la plus touchée par les nouvelles infections à VIH. Il est donc important de s'intéresser au lien entre les HSH et le

risque VIH dans le contexte actuel de changement de la prévention avec l'introduction de la PrEP dans le *package* de prévention existant.

Chapitre 2 : le risque

1. Définition du risque et de la prévention

La notion de risque se trouve au cœur même du principe de prévention (Peretti-Watel & Moatti, 2009). D'une part, le risque renvoie à une volonté d'anticiper l'avenir et, d'autre part, la prévention a pour objectif d'estimer la probabilité qu'un événement négatif survienne pour tenter de la faire tendre vers zéro (Peretti-Watel & Moatti, 2009). Le risque est principalement défini à travers deux dimensions : la probabilité d'occurrence, qui fait référence à la probabilité qu'un événement négatif spécifique se produise suite à l'exposition à un danger, et les effets, qui renvoient aux conséquences liées à la réalisation de l'événement négatif (Breakwell, 2010). Dans le champ de la santé, la prévention est fondée sur l'établissement de relations statistiques entre des comportements individuels et des problèmes de santé (Peretti-Watel & Moatti, 2009). Ces comportements sont alors considérés comme des comportements à risque, dans le sens où ils accroissent la probabilité d'occurrence du risque mais sans le causer nécessairement. La prévention a alors pour objectif d'inciter les personnes à abandonner ou réduire ces comportements (Peretti-Watel & Moatti, 2009). Cette transformation des comportements entraîne des tensions entre les modes de vie auxquels les personnes sont habitué·e·s et/ou attaché·e·s et ceux que les actions de prévention préconisent (Calvez, 2001). Les sociétés modernes sont caractérisées par une prolifération des risques et des comportements à risque à proscrire alors même que les sociétés ne sont pas nécessairement plus dangereuses qu'auparavant (Peretti-Watel, 2010) : c'est le rapport au risque et à la santé qui a évolué (Peretti-Watel, 2010; Peretti-Watel & Moatti, 2009). La capacité grandissante des statistiques à mettre en évidence de nouvelles corrélations entre des risques et des comportements conjuguée à une valorisation sociale de la santé et des comportements associés, conduit à percevoir un monde de plus en plus risqué (Peretti-Watel, 2010; Peretti-Watel & Moatti, 2009). De ce fait, la prévention a pris une place importante dans notre société, risque et prévention sont donc des notions interdépendantes.

Ce chapitre vise à retracer le rôle de la perception du risque dans les stratégies de prévention et les différentes façons de la conceptualiser, avant de s'intéresser au rapport au risque VIH des HSH. Ce dernier sera exploré à la lumière des stratégies de prévention disponibles dans le contexte d'un changement de paradigme, avec le passage de stratégies de prévention essentiellement basées sur l'utilisation du préservatif à un paradigme de réduction des risques.

1.1 Risque VIH et prévention

Dans le domaine du VIH, la prévention désigne un ensemble d'activités qui a pour but de stopper la diffusion du virus et d'en maîtriser les conséquences sociales (Calvez, 2004). La spécificité de la prévention du VIH réside dans le fait qu'elle doit être appréhendée à deux niveaux : la transmission du virus (niveau médical) et la cohésion sociale (niveau social) (Calvez, 2004).

Le VIH représente en effet à la fois un risque sanitaire, caractérisé par l'aspect transmissible et non curable du virus, et un risque social du fait de la peur associée au VIH lors de son apparition jusqu'à la découverte des trithérapies et de la stigmatisation des populations clés dans lesquelles le virus se propage davantage. Le VIH est donc à la fois une maladie chronique et un facteur de risque de désagrégation de la cohésion sociale.

La prévention du VIH a longtemps été organisée autour de l'adoption de comportements de protection (réduction du nombre de partenaires, utilisation du préservatif, abstinence, fidélité) et l'absence de modification des comportements sexuels était considérée comme un manque d'éducation et de connaissances (Calvez, 2004). La notion de comportements sexuels renvoie ici aux pratiques sexuelles individuelles (toutes formes de contacts corporels liés à l'excitation sexuelle), aux scénarii (contextes des pratiques sexuelles) et aux significations (valeurs, fonctions, attribuées à l'activité sexuelle) (Bajos & Spira, 1993, cité par Calvez, 2004).

La relation entre connaissances et actions a donc nécessité d'être plus amplement explorée. La perception du risque fait partie des éléments identifiés comme pouvant expliquer le décalage entre les connaissances et les actions.

1.2 Perception du risque VIH

L'élaboration de recommandations relatives à la prévention et la prise en charge du VIH par les organisations expertes, notamment l'OMS, a pour but de prévenir les nouvelles infections en sensibilisant les personnes aux conduites à risque afin qu'elles puissent adopter des stratégies préventives. Cependant, l'individu a son propre point de vue sur le risque et son évaluation, lequel peut différer de celui de l'expert (Peretti-Watel, 2010). La perception du risque étant considérée comme la première étape nécessaire pour favoriser la modification des comportements à risque vers des comportements de protection (Akwara, Madise, & Hinde, 2003), il est important de voir comment celle-ci se construit. Plusieurs enquêtes quantitatives du type *Knowledge, Attitudes, Beliefs, Practices* ont mis en évidence qu'une connaissance suffisante des modes de transmission du VIH et de l'efficacité du préservatif à son encontre ne

suffit pas à empêcher des comportements sexuels d'exposition au risque VIH chez certaines personnes (Calvez, 2004). Ce constat met en lumière l'existence d'une diversité des points de vue relatifs à un risque donné.

Identifier les déterminants des comportements et leurs interactions dans le champ de la santé est un enjeu majeur pour la psychologie de la santé. En effet, dans un premier temps la psychologie de la santé était principalement centrée sur la prédiction des comportements avec une approche épistémologique positiviste-objective de la recherche et des sujets, alliée à des méthodes quantitatives uniquement. La psychologie de la santé s'inscrivait donc dans la lignée des travaux de la psychologie cognitivo-comportementale (Bosisio & Santiago-Delefosse, 2014). C'est dans cette perspective que les premiers modèles du comportement humain ont été élaborés en psychologie de la santé.

1.2.1 Perspective cognitiviste de la perception du risque VIH

Dans le courant cognitiviste, l'existence d'une diversité d'appréhension d'un risque donné est liée au fait que le système analytique de l'expert·e n'est pas le même que le système expérientiel du profane (Slovic et al., 2004). Le premier fait référence à l'évaluation statistique des risques reposant sur un calcul probabiliste, processus long et coûteux sur le plan cognitif, alors que le second système repose sur un processus plus intuitif, rapide, automatique et donc peu accessible à la conscience (Slovic et al., 2004). C'est grâce au système expérientiel que les individu·e·s évaluent les situations au quotidien. Le système expérientiel est sensible aux émotions, c'est-à-dire à l'analyse qualitative « positive » ou « négative » de la situation (Slovic et al., 2004). L'affect joue un rôle important dans les prises de décisions (Zajonc, 1980). En effet, les réactions émotionnelles face à un stimuli conditionnent les premières réactions et guident ensuite le processus de jugement (Zajonc, 1980). Il est ainsi possible d'observer une relation inversée entre la perception du risque et l'évaluation des bénéfices (Alhakami & Slovic, 1994). Une activité associée à un affect positif peut alors entraîner une évaluation du risque plus faible que si elle était associée à un affect négatif. Les individu·e·s basent donc leurs jugements sur leurs opinions mais également sur leurs émotions (Alhakami & Slovic, 1994). La perception du risque ne peut donc pas être réduite au produit de sa probabilité d'occurrence et de la gravité de ses conséquences (Kasperson et al., 1988; Renn, Burns, Kasperson, Kasperson, & Slovic, 1992). L'analyse individuelle du risque interagit avec des processus psychosociaux, institutionnels et culturels qui peuvent atténuer ou amplifier le risque perçu (Kasperson et al., 1988; Renn et al., 1992).

La perception du risque est un facteur essentiel dans les théories comportementales en santé. Le *Health Belief Model* (HBM) part du principe que les personnes qui se perçoivent à risque (de conséquences négatives pour leur santé) ont davantage de chance de réduire leurs comportements à risque que celles et ceux qui ne se perçoivent pas à risque (Janz & Becker, 1984). La théorie de la motivation à la protection (TMP) stipule également que le risque et la gravité perçus influencent l'intention d'une personne à s'engager dans une démarche de réduction des risques, ce qui par la suite influence son comportement réel (Rogers, 1983). Ces deux modèles conçoivent les comportements de santé comme étant le résultat d'une évaluation subjective coûts-bénéfices et mettent l'accent sur les cognitions et le traitement rationnel de l'information plutôt que sur le contexte social (Ogden, 2011). Les capacités de prédiction de ces modèles sont limitées, le modèle HBM montre des résultats contradictoires dans la prédiction des comportements et le modèle de la TMP fonctionne mieux avec des variables additionnelles (normes sociales, contraintes situationnelles etc.) pour prédire les comportements sexuels (Ogden, 2011).

Dans le champ spécifique du VIH, le modèle cognitif *AIDS risk reduction model* (ARRM), inspiré du *Model of the Precaution Adoption Process* (Weinstein & Sandman, 1992), reconnaît également le rôle central de la perception du risque dans la mise en place des comportements de santé en postulant que les personnes doivent reconnaître que leurs comportements sont à risque avant de pouvoir les modifier (Catania, Coates, & Kegeles, 1994). Ces différents modèles présentent donc la perception du risque comme étant nécessaire, mais non suffisante à elle seule, pour engager des comportements de réduction des risques.

Toutefois, les nombreuses études qui se sont intéressées au lien entre perception du risque VIH et comportements sexuels associés ont permis de mettre en lumière que cette relation demeure complexe et mal comprise. Dans une étude conduite auprès des HSH séropositifs aux États-Unis, l'utilisation du préservatif était effectivement influencée par la perception du risque avec une proportion plus élevée de rapports anaux sans préservatif (RASP) chez les HSH percevant un faible risque de transmission du VIH (Kalichman et al., 2016). Du côté des hommes hétérosexuels latino non infectés par le VIH, des résultats similaires ont été observés ; les hommes se percevant comme peu vulnérables au VIH s'engageaient davantage dans des rapports sexuels sans préservatif que ceux qui se percevaient comme plus vulnérables (Brooks, Lee, Stover, & Barkley, 2009). Cependant, une autre étude conduite auprès d'hommes et de femmes en Guinée, quel que soit leur statut sérologique, montre que la perception du risque n'est pas associée à des comportements sexuels *safe* (Woodward et al., 2014). Ces études

illustrent que la nature du lien entre perception du risque VIH et comportements sexuels n'est pas clairement établie. Ces divergences de résultats peuvent s'expliquer par plusieurs points. Premièrement, par la diversité des contextes dans lesquels l'impact de la perception du risque sur les comportements sexuels a été étudié. Deuxièmement, l'analyse de la gestion individuelle du risque implique de considérer également l'existence de risques concurrents à ceux que l'on souhaite réduire, et cette gestion peut différer d'une personne à une autre (Peretti-Watel & Moatti, 2009). Par exemple, ne pas se protéger lors d'un rapport sexuel avec un·e partenaire de statut sérologique inconnu revient à s'exposer à une infection sexuellement transmissible ; mais vouloir imposer le préservatif, c'est aussi courir le risque, par exemple, que le·la partenaire refuse le rapport sexuel.

Troisièmement, ces différentes études exploraient la relation perception du risque VIH-comportements selon une approche individualiste du risque, sans prise en compte de facteurs plus globaux liés à la personne, comme le contexte, critique similaire à celle évoquée plus haut concernant les modèles de prédiction des comportements en santé, bien que ces études ne s'inspiraient pas d'un modèle en particulier.

Parallèlement à cette approche dominante cognitiviste, un autre courant, celui de la cognition sociale, davantage inspirée de la psychologie dynamique que de la psychologie cognitivo-comportementale, a proposé des modèles du comportement humain intégrant davantage les questions liées au contexte (Santiago-Delfosse & Chamberlain, 2008) afin de se rapprocher d'une psychologie de la santé contextualisée tenant compte de la singularité de chaque personne.

1.2.2 Perspective socio-cognitiviste de la perception du risque VIH

Les auteurs de ce courant de psychologie de la santé soulignent la part du social dans les comportements individuels. C'est dans cette optique que le modèle de la théorie de l'action planifiée tente d'intégrer le contexte social par le biais des normes subjectives (Ajzen, 1991) et que la théorie du processus du comportement de santé (HAPA pour *Health Action Process Approach*) modélise les différents concepts des théories socio-cognitives en y rajoutant la perspective temporelle et le soutien social (Schwarzer & Luszczynska, 2008).

Différentes études confirment que la perception du risque sexuel et le recours aux stratégies de prévention varient selon plusieurs facteurs comme le type de partenaire (Kershaw, Ethier, Nicolai, Lewis, & Ickovics, 2003; Macaluso, Demand, Artz, & Hook, 2000), la perception des

comportements sexuels à risque du partenaire (Ellen, Vittinghoff, Bolan, Boyer, & Padian, 1998) ou encore le contexte de la relation (Cornelius & Kershaw, 2017; Kershaw et al., 2003). Cependant, malgré l'ajout de variables sociocognitives, l'application des modèles comportementaux ne permet toujours pas de rendre compte de l'influence de tous ces facteurs sur les comportements et d'en saisir la complexité (Ogden, 2011). L'utilisation majoritaire de ces modèles dans des études transversales peut être une explication à la difficulté de comprendre le lien perception du risque-comportement à partir des modèles sociaux-cognitifs (Ogden, 2011).

L'introduction de facteurs sociaux dans les modèles cognitifs amène à considérer le risque comme étant une situation sociale mais les limites de cette approche soulignent le besoin d'une analyse du risque davantage compréhensive et constructiviste. L'évaluation du risque ne dépend donc pas seulement du niveau de compétences techniques de chacun et ne se limite pas à une opposition entre l'expert·e et le·la profane. Le rapport de chacun·e au risque nécessite une approche plus globale et compréhensive de la personne

1.2.3 Les approches compréhensives du risque du risque VIH.

Afin de pallier aux limites des modèles comportementaux linéaires vues précédemment, Paicheler (1997) propose une modélisation de la gestion du risque VIH qui se veut compréhensive. Elle remet en question le fait que la perception du risque soit abordée comme un processus individuel dans les modèles de prédiction des comportements en santé. En effet, selon Paicheler, comprendre la perception du risque profane nécessite de considérer le contexte social des individu·e·s. Ces dernier·ère·s ne se situent pas dans un vide social, lors d'une interaction, ils·elles partagent leurs émotions, normes, connaissances et formes d'actions. Dans cette optique, la compréhension des comportements de prévention vis-à-vis du VIH réside dans l'articulation de plusieurs niveaux d'investigation : l'information et les connaissances préventives ; les processus d'intégration et d'interprétation de ces connaissances sur le plan collectif et individuel ; l'élaboration de la perception du risque à partir de ces processus, perception du risque générale ou propre ; et, distinguer dans les comportements mis en place ceux qui sont liés à la perception du risque de ceux qui sont construits sur la base des expériences sociales, des caractéristiques de la situation ou encore de la dynamique des actions (Paicheler, 1997). La perception d'un risque au niveau de la société n'implique pas nécessairement un sentiment d'exposition personnelle au risque. Ce serait ce dernier qui est

impliqué dans la mise en place des comportements de prévention dont la logique est dépendante de la dimension sociale qui le compose (Paicheler, 1997).

La façon dont la perception du risque est conceptualisée (*i.e.*, processus individuel ou social) est importante car cela modifie l'interprétation de ses déterminants et des interventions préventives (Jeffery, 1989).

Paicheler (1997) a proposé un modèle de gestion du risque VIH en conceptualisant la perception du risque sous l'angle du processus social. La gestion des risques liés au VIH repose alors sur une analyse du risque à quatre composantes : le sentiment de sécurité, la perception du risque, la vulnérabilité propre ou sociale et les actions (Paicheler, 1997, Figure 12). Ces composantes forment un système dynamique dont tous les éléments sont en constante interaction.

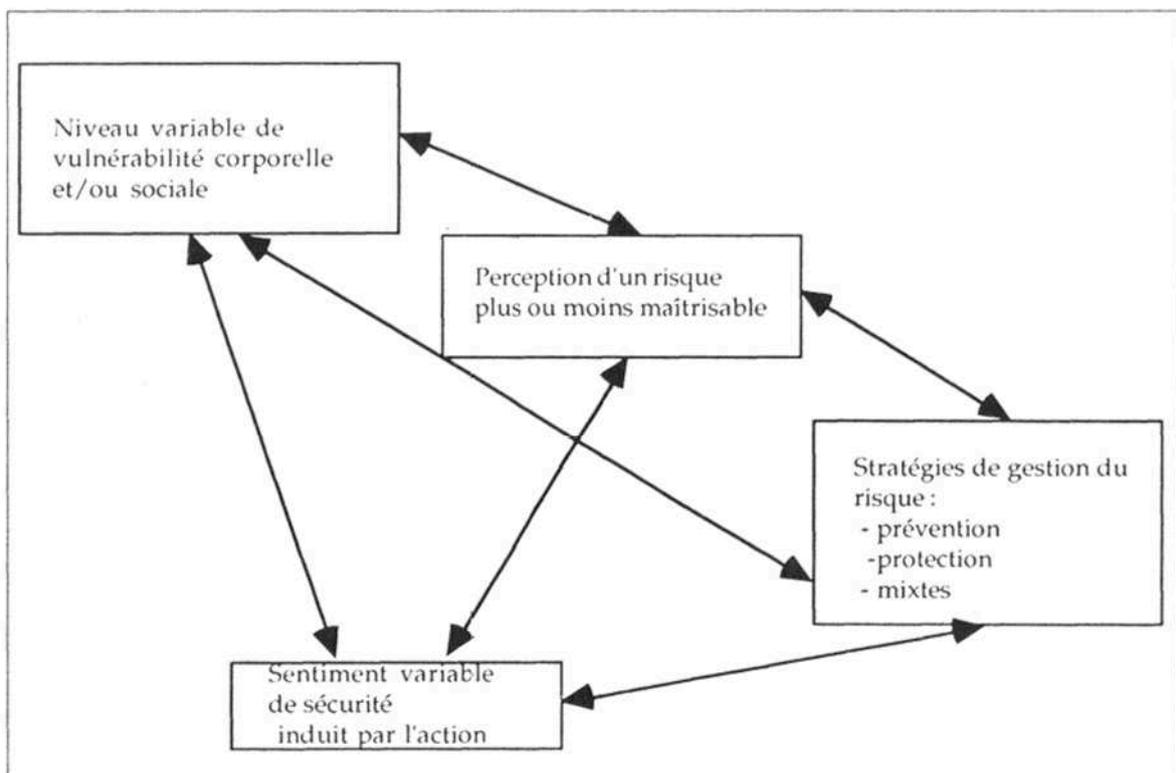


Figure 12. Les composantes de la gestion du risque (Paicheler, 1997).

Cette façon d'appréhender le risque permet de mettre en relation la perception du risque avec les contextes d'expérience de la prévention. Il s'agit de concevoir la perception et la relation au risque comme ancrées dans les relations sociales et non pas comme des caractéristiques personnelles de l'individu·e (Girard, 2013).

Calvez (2004) va dans le même sens que Paicheler (1997) en rappelant que la mise en place de comportements de protection vis à vis du VIH se déroule dans le cadre d'une interaction sexuelle : on ne peut donc étudier les déterminants individuels des comportements sans prendre en compte la relation entre les partenaires. Calvez (2004) rappelle également que le contexte normatif de l'interaction sexuelle peut valoriser certains comportements, qui selon le réseau de la personne, peuvent différer des comportements préconisés par les expert·e·s du champ de la santé (Calvez, 2004).

Calvez et Paicheler soulignent le besoin d'une analyse socialement située du risque. L'approche des représentations sociales peut-être une façon de répondre à cet enjeu.

1.2.3.1 Les représentations sociales pour étudier la perception du risque VIH

Proposé par Moscovici (1961), le concept de représentations sociales (RS) peut être défini comme « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social donné » (Jodelet, 1989, p53). Cette théorie psychosociale constitue un cadre pertinent pour analyser la pensée sociale, la pensée de sens commun, notamment dans le champ de l'analyse du risque (Apostolidis & Dany, 2012). Les RS peuvent permettre d'étudier l'articulation entre le savoir scientifique et l'appropriation sociale de celui-ci.

Une étude sur les RS du risque met en avant que le risque correspond à une construction sociale qui sert d'ancrage aux risques spécifiques (Kmiec & Roland-Lévy, 2014). Les RS du risque pourraient ainsi jouer le rôle de médiateur entre le caractère objectif du risque et sa réalité sociale, et ainsi permettre d'aller au-delà du clivage expert/non expert (Kmiec & Roland-Lévy, 2014). Toutefois, selon Lupton (1999), le risque savant ou profane est toujours l'objet d'une construction éminemment sociale. L'étude de Kmiec et Roland-Lévy souligne que le risque est effectivement un système organisé, ancré socialement, qui ne s'organise pas de la même façon d'une culture à l'autre (Kmiec & Roland-Lévy, 2014). Dans le champ de la santé, la mise en représentation du risque VIH/SIDA mobilise des systèmes de pensée préexistants qui sont le reflet de la culture et des enjeux d'inscription et de participation sociale (Apostolidis & Dany, 2012). Pour illustrer le rôle de la culture dans la genèse des RS liées au risque VIH, nous pouvons nous référer à l'étude de Joffe et Bettega (2003) réalisée auprès d'adolescent·e·s en Zambie. Cette étude montre que dans cette culture le VIH est parfois vu comme une maladie occidentale et une punition divine à l'encontre de personnes menant une vie immorale (Joffe & Bettega, 2003). Les jeunes filles sont particulièrement considérées comme responsables de la propagation du virus dans le pays (Joffe & Bettega, 2003). Dans ce contexte, la perception du

risque VIH ne dépend pas des mêmes facteurs que dans d'autres cultures (Apostolidis & Dany, 2012; Cornelius & Kershaw, 2017; Ellen et al., 1998; Kershaw et al., 2003; Macaluso et al., 2000). Les programmes d'interventions doivent tenir compte de ces différences représentationnelles (Kmiec & Roland-Lévy, 2014).

1.3 Les différentes dimensions du risque VIH

Comme cela a déjà été soulevé à travers les approches compréhensives de la perception du risque, l'analyse du risque VIH s'ancre à travers plusieurs dimensions. Le risque VIH peut s'analyser au niveau comportemental, social et sociétal, mais il est difficile de s'intéresser à une dimension indépendamment des autres (Calvez, 2004). La dimension comportementale s'intéresse aux facteurs de risque associés au risque de transmission comme la pénétration anale. Mais la compréhension des comportements doit se faire à la lumière des dimensions relationnelles et sociales dans lesquelles ils s'inscrivent et plus largement en tenant compte du statut du VIH dans la société. Ces différents niveaux peuvent être mis en lien avec les différents niveaux d'analyses et d'explications de Doise (1982). La compréhension des comportements pouvant renvoyer au niveau 1, intra-individuel, c'est à dire comment les individu·e·s perçoivent leur environnement et agissent en fonction. Les études sur la perception individuelle du risque VIH analysent le rapport au risque à ce niveau intra-individuel (*e.g.*, modèle cognitif de prédiction des comportements) ; les dimensions relationnelles et sociales aux niveaux 2 et 3 c'est à dire situationnel et positionnel. Ainsi le scénario de la rencontre sexuelle ou la perception du partenaire peuvent influencer la perception du risque et les comportements (niveau 2, *e.g.*, modèle sociocognitif) tout comme l'appartenance à certains groupes sociaux et l'identité sociale (*e.g.*, se définir comme *gay*), peuvent influencer le rapport au risque VIH (niveau 3, regard des RS). Et enfin le statut du VIH (stigmate lié à cette maladie, positionnement institutionnel envers la prévention et la prise en charge, croyance sur les modes de transmission etc.) dans la société représente le niveau 4, idéologique et culturel.

Pour avoir une vision la plus fine possible du rapport au risque VIH des HSH et des enjeux associés, il est nécessaire de prendre en compte l'interaction de ces quatre niveaux de lecture des comportements et de leurs déterminants.

Les différentes évolutions dans le champ de la prévention du VIH sont également des facteurs contextuels à prendre en considération dans l'étude du rapport au risque. En effet, ces dernières interagissent avec les normes en matière de prévention et de comportements sexuels et donc sur le contexte social dans lesquels les individu·e·s sont inséré·e·s. De même, les dispositions

individuelles à l'égard de la prévention peuvent être influencées par les moyens mis à disposition.

1.4 Les évolutions des approches préventives du VIH auprès des HSH

1.4.1 Paradigme de l'utilisation du préservatif et de la prévention comportementale

En tant que population clé dans laquelle l'épidémie VIH est concentrée, les HSH représentent un véritable enjeu pour la prévention du VIH. Leurs stratégies de prévention et de gestion du risque constituent ainsi une problématique de santé publique. Les comportements sexuels à risque des HSH sont devenus une question majeure dans les années 90 et se retrouvent depuis au centre de l'attention de la prévention du VIH avec notamment une volonté d'éclairer le lien entre connaissance du risque et comportements de prévention (Girard, 2013). Dans un premier temps, les moyens de prévention du VIH se limitaient à l'utilisation du préservatif et/ou à l'abstinence face à des situations potentiellement à risque d'infection. Ainsi, différents profils de HSH ont été identifiés dans ce contexte, en fonction de leur rapport au préservatif (Bonny & Sauvagnat, 2013). Premièrement, le profil *safe* renvoie aux HSH ne prenant aucun risque à travers une utilisation systématique du préservatif. Deuxièmement, le profil *relapse* correspond aux HSH qui ne se protègent pas ponctuellement par le préservatif et qui mettent en place d'autres stratégies de réduction des risques pour compenser, telles que le recours répété au dépistage, le sérotriage des partenaires, le retrait avant l'éjaculation ou encore par le *positioning* durant le rapport sexuel (insertif *versus* réceptif). Et troisièmement, le profil *bareback* qui désigne les HSH n'adoptant pas les normes de prévention, à savoir l'utilisation du préservatif. Ce refus s'explique en partie par l'inadéquation du préservatif avec la qualité de vie sexuelle. L'utilisation non systématique du préservatif dans ce contexte fait écho à une problématique plus générale en santé, « la non observance ». Selon Reach (2005), « la non observance » à un comportement de santé est à considérer comme une action ou une série d'actions intentionnelles qui seraient le produit d'un choix de la personne et de sa soumission à un ensemble de contraintes qu'il·elle ne contrôle pas, telles que les habitudes, les émotions etc. « La non observance » serait un comportement de santé, au même titre que l'observance ; les patient·e·s ont leurs raisons de ne pas suivre les prescriptions ou recommandations médicales et préventives (Godin, 2002 ; Reach, 2005). Cela appuie la nécessité de considérer l'adhésion du·de la patient·e à un comportement de santé, plutôt que la simple observance, pour comprendre le rapport au risque. Dans notre contexte, l'utilisation insuffisante du préservatif est une façon de préserver la qualité de vie sexuelle.

En effet, il a été montré que le plaisir sexuel est un facteur important intervenant dans la décision de porter ou non un préservatif pendant un rapport sexuel chez les HSH (Calabrese, Reisen, Zea, Poppen, & Bianchi, 2012). L'anticipation de la perte de plaisir sexuel consécutive au port du préservatif est un déterminant de la non utilisation de celui-ci parmi les HSH (Calabrese et al., 2012). Par ailleurs, les HSH semblent percevoir l'utilisation du préservatif comme la marque d'un manque d'intimité avec le partenaire ce qui constitue un frein à son utilisation (Golub, Starks, Payton, & Parsons, 2012; Mabire et al., 2019). Ces derniers éléments montrent que le préservatif peut être perçu comme un frein à la santé sexuelle et cela peut expliquer en partie le choix de peu l'utiliser.

L'OMS définit la santé sexuelle comme « un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence ». Celles et ceux qui rencontrent des difficultés avec l'utilisation du préservatif se retrouvent confrontés à devoir choisir entre privilégier la qualité de leur vie sexuelle ou la prévention d'un risque potentiel d'exposition au VIH.

L'avènement des stratégies biomédicales de prévention (*e.g.*, *TasP*, PrEP, circoncision volontaire) et de la prévention combinée amène à une modification du contexte et du paradigme de la prévention.

1.4.2 Approche de prévention combinée et paradigme de la RDR

Suite aux difficultés de certains HSH, et d'autres populations, d'avoir des comportements sexuels protégés systématiquement par le préservatif, la prévention a commencé à être pensée sous le prisme de la réduction des risques (RDR). Les stratégies de RDR étaient portées notamment par l'association communautaire de lutte contre le VIH/SIDA AIDES. Ce positionnement n'a pas fait consensus auprès des autres acteur·rice·s français·e·s engagé·e·s dans la prévention du VIH (*e.g.*, Act-Up, INPES). Dans ce contexte, le Directeur Général de la Santé français a demandé, en 2009, un rapport concernant les stratégies de prévention dans les groupes à haut risque d'acquisition du VIH et des IST. Ce rapport pose les contours d'un nouveau paradigme de prévention du VIH basé sur une approche de RDR et de prévention combinée, qui considère la perception du risque comme un des déterminants sociaux de l'infection par le VIH (Lert & Pialoux, 2010).

Ce rapport montre que l'infection par le VIH s'inscrit dans un processus mettant en jeu des déterminants (perception du risque, représentation de la maladie etc.) et des rapports sociaux,

basés sur le genre, l'âge ou encore la distance affective ; des mécanismes biologiques ; et la nature des actes sexuels (vaginal, anal, oral etc.) (Lert & Pialoux, 2010). Dans ce contexte, une méthode de RDR consiste à agir de façon efficace, grâce à des outils sociaux, comportementaux ou biologiques, de façon individuelle ou collective, sur un des éléments du processus de sorte à réduire le taux de transmission du VIH (Lert & Pialoux, 2010). La circoncision masculine volontaire (peu utilisée en France), le préservatif ou la réduction de la CV par la mise sous traitement (*TasP*) sont des exemples de RDR (respectivement 60%, 80% et 92% d'efficacité) (Attia, Egger, Müller, Zwahlen, & Low, 2009; Bailey et al., 2007; Weller & Davis-Beaty, 2002) Ce rapport souligne l'utilité de l'intégration des stratégies de RDR et de la prévention combinée auprès des HSH par notamment l'accès au traitement post exposition, aux dépistages VIH/IST, la promotion du préservatif, les actions visant la réduction du nombre de pénétrations anales non protégées avec des partenaires occasionnel·le·s (Lert & Pialoux, 2010).

1.4.2.1 La PrEP : le dernier outil de la prévention combinée à destination des HSH

Jusqu'à l'arrivée récente de la PrEP en France (2016), les bases de la prévention en réponse au risque VIH étaient restées tournées principalement vers l'usage du préservatif, malgré la volonté d'une approche combinée de la prévention. La PrEP a été introduite dans le champ de la prévention du VIH en réponse au relâchement préventif identifié depuis le début des années 90 chez les HSH (Trachman & Girard, 2018). Cet outil s'adresse aux HSH prenant des risques (Trachman & Girard, 2018). Elle s'adresse principalement aux HSH qui ne réussissent pas à se protéger systématiquement par le préservatif mais qui sont volontaires pour suivre un traitement médical préventif complexe (cf le schéma d'utilisation de la PrEP à la demande) et rationaliser leur sexualité. Cette typologie comportementale correspond à la figure du *fallible man* (Trachman & Girard, 2018).

La diversification des outils de prévention au niveau individuel (*e.g.*, préservatif, PrEP) rend réellement possible la prévention combinée et diversifiée du VIH.

L'introduction de la PrEP dans la prévention du VIH et les stratégies de RDR représente également une approche différente de la gestion du risque qu'il est possible de qualifier de médicalisation des comportements à risque et de la prévention.

1.4.2.2 La PrEP : un exemple de médicalisation du risque auprès des HSH

La médicalisation est un processus par lequel un problème non médical, par exemple un comportement humain, est défini et traité comme un problème médical (Conrad, 1992). La

médicalisation implique la transformation d'un problème social en problème médical. Ce processus a été observé, par exemple, dans le cadre du traitement du tabagisme, de la consommation d'alcool ou des toxicomanies (Peretti-Watel, 2010). Un comportement considéré comme déviant qui est médicalisé est alors redéfini comme pathologique. La médecine devient l'agent principal du contrôle social de ce comportement, les médecins étant chargés de définir et de prescrire les traitements pour le soigner (Patrick Peretti-Watel, 2010). La PrEP n'est pas le premier exemple de médicalisation des comportements à risque mais contrairement aux exemples précédents, elle n'a pas pour objectif de les faire disparaître. Au contraire, elle permet de transformer des comportements sexuels à haut risque en comportements à faible risque. La médicalisation de la prévention du VIH par le biais de la PrEP ne réduit donc pas un comportement à une pathologie mais rend ce comportement, considéré jusqu'ici comme déviant et risqué, acceptable en termes de risque pour la santé. En d'autres termes, la PrEP vient redéfinir les normes d'une sexualité à risque du point de vue scientifique. La prévention et la médecine se positionnent aujourd'hui dans l'accompagnement de pratiques sexuelles auparavant considérées à risque pour la santé.

1.4.2.2.1 Les changements de comportements associés au nouveau contexte de prévention biomédicale peut-il conduire à une compensation du risque ?

Chez les experts, l'introduction de nouveaux moyens de prévention soulève régulièrement l'inquiétude d'une compensation du risque, c'est-à-dire d'une augmentation des comportements sexuels à risque qui viendrait annuler les bénéfices liés à l'utilisation de ce nouveau moyen de prévention (Cassell, 2006; Collin & David, 2016; Eaton & Kalichman, 2007; Hogben & Liddon, 2008). Cette crainte se base sur la théorie du *risk homeostasis* qui suppose que chaque personne a un niveau de risque acceptable qu'il·elle s'autorise à prendre dans sa vie quotidienne, la *target level of risk* (Wilde, 1998, Figure 13). Ce niveau de risque serait défini à partir des bénéfices attendus du comportement à risque, des coûts de ce même comportement, des bénéfices liés à un comportement ne représentant aucun risque et des coûts de ce même comportement (Wilde, 1998).

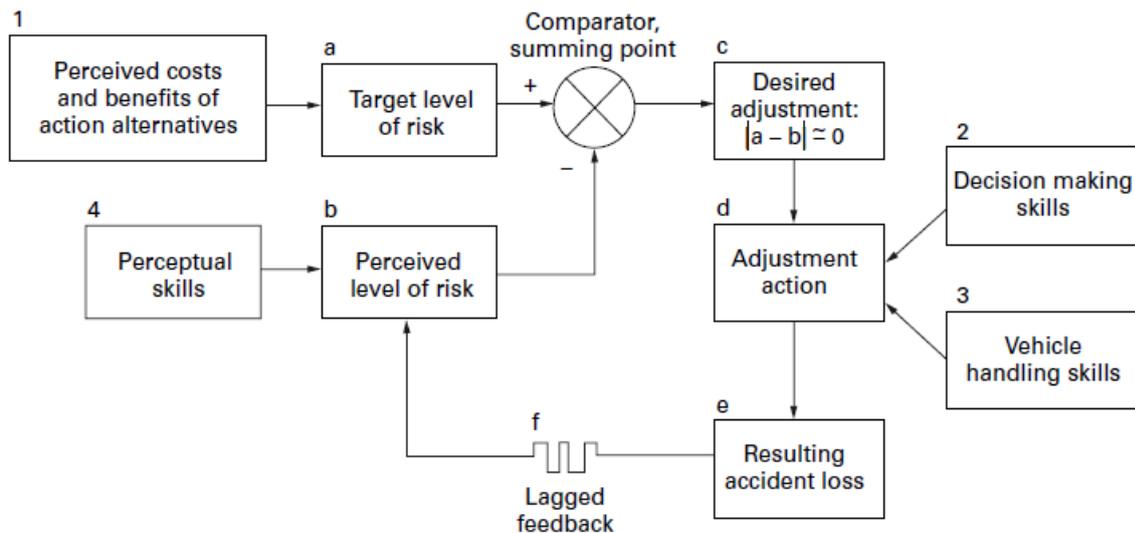


Figure 13. Mécanismes *risk homeostasis* (Wilde, 1998).

Selon Wilde (1998), les bénéfices liés au comportement à risque ainsi que les coûts du comportement *safe* auraient un impact plus important que les autres facteurs sur la définition du niveau de risque acceptable de l'individu et ce-tte dernière chercherait en permanence à se maintenir à son niveau cible de prise de risque, sans chercher à tendre vers 0.

Dans le champ de la prévention du VIH, l'éventualité d'une compensation du risque a déjà été discutée dans le cadre de la circoncision masculine volontaire (stratégie de réduction des risques VIH) (Fleming et al., 2017; Mattson et al., 2008; Van Howe & Storms, 2011; Westercamp et al., 2017) et de la mise sous traitement antirétroviral précoce (*i.e.*, *TasP*; Abbas, Anderson, & Mellors, 2006; Jean et al., 2016).

La question de la compensation du risque liée à la PrEP a été étudiée dans différents contextes. L'essai *Partner PrEP* auprès de couples sérodifférents a montré que le taux de rapports sexuels sans préservatif (RSSP) diminue durant le suivi de l'essai (Baeten et al., 2012). Un essai au Ghana auprès de femmes rapporte également une réduction des RSSP mais aussi du nombre de partenaires sexuels (Guest et al., 2008), des résultats similaires ont été observés dans une étude du *Centers for Disease Control and Prevention* auprès de HSH (Liu et al., 2013). Durant les phases aveugles (bras placebo *versus* bras PrEP) et ouvertes (suppression du bras placebo) de l'essai iPrEx, il n'y a eu aucune augmentation des RASP (dans la position réceptive spécifiquement) et de l'incidence de la syphilis (indicateur de comportements sexuels à risque) chez les HSH qui pensaient prendre la PrEP (et non le placebo) et chez tous les HSH suite à la suppression du placebo de l'essai (Grant et al., 2014; Marcus et al., 2013).

Les données issues de questionnaires sont corroborées par une étude qualitative réalisée pendant la phase ouverte de l'essai *US PrEP Demonstration Project* auprès de HSH déclarant que leurs stratégies de réduction des risques mises en place avant l'initiation de la PrEP ont rarement été abandonnées par la suite (Hojilla et al., 2016).

Ces différents essais font état d'une absence claire de compensation du risque chez les usagers de PrEP. Cependant, dans d'autres contextes les conclusions sont plus difficiles à tirer. En effet, la suite de l'essai *Partner PrEP* rapporte une hausse des comportements sexuels à risque mais les indicateurs cliniques de prise de risque (taux d'IST et de grossesse) ne confirment pas ce changement (Mugwanya et al., 2013).

L'essai PROUD comparant un groupe de HSH ayant accès immédiatement à la PrEP à un autre qui y accède un an plus tard, rapporte également des résultats mitigés sur la compensation du risque. En effet, la proportion de RASP est plus importante dans le premier groupe mais aucune différence n'est observée entre les deux groupes quant au nombre de partenaires sexuels (McCormack et al., 2016). Par ailleurs, les indicateurs cliniques de compensation du risque (IST) ne diffèrent pas non plus entre les deux groupes (McCormack et al., 2016). Il est donc difficile de se prononcer clairement sur la question de la compensation du risque. Ces résultats proviennent d'une analyse transversale, des données longitudinales auraient peut-être pu éclairer la question avec davantage de certitude.

Une étude plus récente, concernant les modifications de comportements sexuels auprès d'un petit échantillon de HSH suite à l'initiation de la PrEP hors essai clinique, n'observe pas d'augmentation du nombre de partenaires sexuels mais rapporte une hausse des RASP (Oldenburg et al., 2018). Une autre étude issue d'un suivi d'une cohorte de HSH utilisateurs de PrEP suivis dans une clinique ne montre pas d'augmentation du nombre de partenaires ou de diminution de l'utilisation du préservatif (Volk et al., 2015). La majorité des travaux présentés s'accordent relativement sur une absence claire de compensation du risque liée à l'utilisation de la PrEP. Toutefois la majorité des données sont issues d'essais cliniques qui ne permettent pas systématiquement une comparaison entre une phase aveugle et une phase ouverte, ou bien, le recueil des données socio-comportementales ne permet pas de réaliser des analyses longitudinales.

1.4.2.3 PrEP et santé sexuelle

Nous avons vu précédemment certains freins associés à l'utilisation du préservatif par les HSH (réduction du plaisir, obstacle à l'intimité). Ces mêmes freins peuvent être des leviers pour l'utilisation de la PrEP. En effet, une étude auprès de HSH en couple séroconcordant concernant

les intentions d'initier la PrEP rapporte que le désir d'une plus grande intimité dans le couple est un facteur majeur dans la volonté d'intégrer la PrEP dans leurs stratégies de prévention, d'autant plus chez les HSH ayant également des rapports sexuels en dehors du couple (Gamarel & Golub, 2015). Ces résultats suggèrent que la PrEP n'affecte pas l'intimité de la même façon que le préservatif (Underhill, 2015). Cela peut être dû au fait que la PrEP, sous forme de médicament oral, n'interrompt pas l'épisode sexuel (Auerbach & Hoppe, 2015) et ne fait donc pas resurgir la question de l'infection par le VIH dans un moment associé à l'intimité et au plaisir. La PrEP pourrait donc permettre de faire disparaître le dilemme plaisir sexuel-prévention. Alors que de nombreuses stratégies de prévention, comme l'utilisation du préservatif, l'abstinence, le *seropositioning* (éviter la position réceptive) ou la monogamie, peuvent entraver le plaisir sexuel (Calabrese & Underhill, 2015), la PrEP a le potentiel d'améliorer l'accès au plaisir sexuel tout en protégeant d'une infection par le VIH et donc de réduire l'anxiété associée au VIH pendant les rapports sexuels (Auerbach & Hoppe, 2015; Calabrese & Underhill, 2015).

Par ailleurs, la discrétion de l'utilisation de la PrEP (qui peut être révélée ou non au partenaire) associée à la connaissance de se savoir protégé.e du VIH peut augmenter le sentiment de contrôle des utilisateur·rice·s de la PrEP (Auerbach & Hoppe, 2015).

Synthèse :

Ce chapitre a montré qu'une connaissance des modes de transmission du VIH et de l'efficacité du préservatif ne suffisent pas à empêcher la mise en place de comportements sexuels à risque d'infection par le VIH (Calvez, 2004). Ce constat met en lumière l'existence d'une diversité des points de vue relatifs à un risque donné.

Le rapport perception du risque-comportement a été largement étudié selon plusieurs courants théoriques et épistémologiques, chacun mettant en lumière des enjeux différents de ce rapport complexe. Les cognitivistes-positivistes ont souligné que le système analytique de l'expert·e n'est pas le même que le système expérientiel du profane (Slovic et al., 2004). Ce dernier est sensible aux émotions. Cependant l'approche cognitiviste du risque ne prend pas en compte les facteurs globaux liés à la personne comme le contexte, alors que l'analyse individuelle du risque interagit avec des processus psychosociaux, institutionnels et culturels qui peuvent atténuer ou amplifier le risque perçu.

Suite à ce constat le risque a été étudié avec une approche socio-cognitiviste afin de pallier aux carences de l'approche uniquement cognitive. L'ajout des variables sociales et contextuelles a amélioré les modèles du comportement humain, mais les limites de prédictions demeurent importantes.

Les difficultés rencontrées à partir des modèles cognitiviste et socio-cognitiviste ont mis en exergue la nécessité d'une approche différente du comportement humain, une approche compréhensive. La modélisation compréhensive de la gestion du risque VIH a notamment été abordée par Paicheler (1997), avec la prise en compte de la distinction perception du risque et vulnérabilité personnelle.

L'introduction de la dimension sociale dans les modèles socio-cognitifs et dans l'approche compréhensive de Paicheler permet de penser le risque comme une situation sociale. Cela met davantage en avant le besoin d'une analyse du risque socialement située. L'approche des RS permet de faire cette articulation entre l'individuel et le social ainsi que de lier les représentations aux comportements. Une étude sur les RS du risque souligne que la mise en représentation du risque VIH/SIDA mobilise des systèmes de pensée préexistants qui sont le reflet de la culture et des enjeux d'inscription et de participation sociale (Apostolidis & Dany, 2012). Les insertions sociales des personnes sont donc des éléments clés dans l'analyse de la relation au risque.

Les différents travaux sur l'analyse du risque montrent qu'il n'existe pas d'universalisme en matière de gestion du risque VIH. Cette dernière est soumise à un ensemble de facteurs liés

à l'inscription sociale du sujet dans la société (les normes sociales relatives à la prévention peuvent varier en fonction des groupes d'appartenance) et à l'expérience individuelle de la prévention.

Les normes associées à la gestion du risque VIH dépendent également du contexte lié à la prévention du VIH. Ce dernier se décline en deux étapes chronologiques, la prévention par l'utilisation du préservatif et les stratégies comportementales (*e.g.*, abstinence, sérotriage, *positionning*) puis la prévention combinée et les stratégies de RDR. Le recours insuffisant au préservatif, notamment chez les HSH et les populations très vulnérables au VIH, lié, en partie, à l'anticipation d'une perte de plaisir sexuel et à son association à un manque d'intimité avec le partenaire (Calabrese et al., 2012; Golub et al., 2012; Mabire et al., 2019) a contribué au glissement de paradigme d'une prévention basée sur le préservatif à une prévention davantage combinée et diversifiée. Actuellement, la gestion du risque VIH chez les HSH reste un véritable enjeu pour la prévention ainsi qu'une problématique de santé publique du fait du taux élevé d'infection dans cette population.

Ce chapitre a montré que les comportements de prévention des HSH dépendent du vécu qu'ils en ont (Paicheler, 1997) mais aussi d'enjeux identitaires, comme le soulignent les différents profils HSH identifiés par Bonny & Sauvagnat (2013) en fonction de leur rapport au risque. Ces profils sont en lien avec des inscriptions sociales différentes. C'est dans ce contexte que la PrEP est actuellement introduite dans le champ de la prévention combinée du VIH. Elle s'adresse principalement aux HSH qui ne réussissent pas à se protéger systématiquement par le préservatif mais qui sont volontaires pour suivre un traitement médical préventif complexe et rationaliser leur sexualité (Trachman & Girard, 2018).

Les freins associés à l'utilisation du préservatif par les HSH peuvent être des leviers pour l'utilisation de la PrEP. En effet, cette dernière permet de repenser le dilemme plaisir sexuel-prévention.

Compte-tenu de la récence de l'introduction de la PrEP dans la prévention combinée, la gestion du risque VIH à l'ère de la PrEP a été très peu documentée. A l'heure actuelle il y a peu de données sur l'impact de la PrEP sur la dynamique de l'épidémie chez les HSH, sur les modifications comportementales à long terme que ce changement de contexte préventif peut entraîner, et sur la mise en œuvre de la prescription de la PrEP dans le corps médical. En effet, contrairement aux autres moyens de prévention, la PrEP implique une prescription médicale ainsi qu'un suivi régulier. Cette relation préventive centrée sur l'accompagnement

des pratiques sexuelles à risque vis-à-vis du VIH est inédite, d'autant plus auprès des HSH.
C'est également un facteur majeur pour une mise en œuvre réussie de la PrEP.

Chapitre 3 : l'accompagnement des patient·e·s en santé

La prescription de la PrEP implique une nouvelle forme de relation patient·e-médecin, d'une part car elle se situe dans le champ de la prévention, d'autre part, parce qu'elle est basée sur les comportements à risque d'exposition au VIH de populations stigmatisées pour ces mêmes comportements. La PrEP est un exemple de médicalisation des comportements considérés à risque pour la santé avec la particularité de ne pas avoir pour but de conduire à une suppression des comportements en question, mais plutôt d'accompagner les patient·e·s vers une adhésion à la PrEP afin que leurs comportements ne soient plus à risque pour la santé. Par ailleurs, le suivi régulier avec un·e médecin imposé par le protocole de PrEP est un nouvel élément de contexte qui peut influencer la gestion du risque VIH des HSH.

L'implémentation de la PrEP dépend en partie de la capacité des médecins à discuter des comportements sexuels de leurs patient·e·s, notamment avec des patients HSH séronégatifs (Mayer, 2014). En effet, les difficultés de certains médecins quant au fait d'aborder la sexualité de leurs patient·e·s et la crainte des HSH d'être jugés par ces dernier·ère·s sont des obstacles pour la mise en œuvre de la PrEP (Underhill et al., 2015).

Par ailleurs, nous savons que dans le cadre de la prise en charge des PVVIH, la qualité de la relation patient·e-médecin impacte l'adhésion des patient·e·s (Preau et al., 2004; Schneider, Kaplan, Greenfield, Li, & Wilson, 2004). C'est également important dans le cas de la PrEP, comme l'ont montré les résultats de plusieurs essais cliniques, par la mise en évidence de la nécessité d'une bonne adhésion au traitement pour observer une bonne efficacité de la PrEP (Grant et al., 2010; McCormack et al., 2016; Molina et al., 2015).

Ce chapitre a pour objectif de retracer, d'une part, l'évolution de la conceptualisation de la relation patient·e-médecin ainsi que les différents paradigmes qui se sont succédés dans l'approche de la médecine. Et d'autre part, la spécificité de la relation patient·e-médecin dans le domaine de la prévention et les formes alternatives-complémentaires d'accompagnement dans ce champ.

1. L'évolution de la conceptualisation de la relation patient·e-médecin

Parsons (1951, 1975) est un des premiers à conceptualiser le rôle des médecins auprès des patient·e·s. Il avait envisagé le processus de soin inhérent à la maladie à travers la prise en compte de deux éléments : le caractère social et biologique de la situation de maladie. En ce sens, selon Parsons (1951, 1975), la prise en charge des patient·e·s ne peut pas être mécanique,

technique ou standardisée car la relation avec les patient·e·s ne se limite pas à une transmission de connaissances. Les facteurs sociaux et psychologiques en jeu influencent également le processus de soin et la relation patient·e-médecin (Parsons, 1951).

1.1 La relation patient·e-médecin du point de vue de la sociologie fonctionnaliste

Parsons (1951) s'inscrit dans le courant de pensée de la sociologie fonctionnaliste : la maladie et le processus thérapeutique s'inscrivent dans un ensemble plus global du système social appelé *motivational economy*. Dans cette perspective, la maladie peut être vue comme un comportement déviant car les patient·e·s ne remplissent plus leurs obligations sociales (travail, responsabilités etc.). Un des objectifs du processus thérapeutique est alors de restaurer les capacités des patient·e·s afin qu'ils·elles remplissent de nouveau pleinement leurs missions dans la société. Les· patient·e·s doivent aussi remplir leur rôle en démontrant qu'ils·elles mettent tout en œuvre pour guérir au plus vite selon un schéma normatif de soumission active aux prescriptions des médecin·s (Parsons, 1951, 1975). Le rôle des médecin·s et de leurs interventions auprès des patient·e·s se limitant alors au champ de la santé sans implication personnelle ou émotionnelle.

Dans ce modèle, le social et le biologique interagissent à différents niveaux : la maladie affecte le rôle social des personnes et inversement, une situation sociale (exposition au stress par exemple) peut aussi être à l'origine ou contribuer à la genèse d'une pathologie (Parsons, 1951). Dans ce contexte, au-delà de la prise en charge des patient·e·s, les médecins ont pour mission de maintenir l'équilibre social de la société auquel ils·elles appartiennent (Parsons, 1951). Le statut de patient·e, comme celui de médecin, renvoient à des rôles sociaux bien définis. Ces rôles sociaux sont construits sur une relation de pouvoir asymétrique : le·la médecin représente le grade le plus élevé d'expertise du système médical tandis que le·la patient·e est cantonné·e dans un rôle de malade dépendant·e, quel que soit son statut hors du système médical (Parsons, 1975). Par ailleurs, la soumission des patient·e·s aux prescriptions médicales doit se faire de façon active. C'est-à-dire qu'ils·elles doivent être activement impliqué·e·s dans leur processus de guérison et non pas rester dans une posture passive (Parsons, 1975). Cette implication active fait écho à la notion actuelle d'adhésion des patient·e·s au protocole de soin.

Toutefois, le courant sociologique interactionniste pointe les limites de l'approche fonctionnaliste. En effet, l'interactionnisme fonde son approche de la société et des interactions sur une articulation logique des rôles sociaux. Dans ce contexte, les interactions et les échanges sont soumis à un ensemble de déterminants sociaux : par exemple la relation patient·e-médecin décrite ici dans le *motivational economy model* de Parsons (1951, 1975) repose sur l'existence

de rôles sociaux liés aux statuts de patient·e et de médecin. La coopération des patient·e·s pour le bon déroulement de l'activité médicale est essentielle, de même que les médecins travaillent à ce que le cours de la maladie évolue favorablement. En cas d'écart à ces rôles prescrits, les sujets s'exposent à des pressions sociales. Or, selon la sociologie interactionniste, ces rôles sociaux constituent l'ordre organisationnel et représentent un arrière-plan dans lequel s'inscrivent également des négociations entre les acteur·rice·s (Strauss & Baszanger, 1992). Les déterminants structurels de l'ordre social fixent les contours des situations d'interaction et les enjeux qui pourront faire l'objet d'une négociation. Au sein d'un contexte structurel donné, il peut donc y avoir une multitude de négociations possibles, lesquelles façonnent les interactions entre médecins et patient·e·s (Strauss & Baszanger, 1992). En ce sens, compte-tenu de la subjectivité et de la dynamique de négociation propre à chaque personne, il est difficile de proposer des modèles de relation patient·e-médecin (Strauss & Baszanger, 1992). Malgré ces limites, la nécessaire implication des patient·e·s soulevée par Parsons (1975) dans son approche de la relation patient·e-médecin a été le point de départ du développement de nombreux modèles de relations patient·e -médecin.

1.2 Intérêt de la médecine pour la prise en considération de la relation patient·e – médecin dans l'exercice médical

Dès 1992, Emmanuel & Emmanuel proposent une typologie avec quatre modèles de relation patient·e-médecin faisant varier le degré d'autonomie et d'implication des patient·e·s dans le processus de prise de décision médicale (Emanuel & Emanuel, 1992). Les modèles ont été décrits par les auteur·e·s selon quatre critères : la structure de l'interaction patient·e-médecin ; le rôle du médecin ; le rôle du·de la patient·e ; l'autonomie du·de la patient·e (Emanuel & Emanuel, 1992). L'objectif étant d'essayer de trouver un modèle relationnel optimal, qui permette à la fois de mobiliser au mieux les compétences des médecins et l'adhésion des patient·e·s.

Il est intéressant de noter que ces typologies sont issues d'un questionnement de médecins et non pas de chercheur·e·s en sciences humaines et sociales. Cela signifie que la place des patient·e·s dans le processus de soin est un réel enjeu pour le succès thérapeutique et que le corps médical questionne l'héritage de la posture paternaliste des médecins pendant les consultations.

Dans le premier modèle, le modèle informatif (Figure 14), les auteur·e·s présentent une relation asymétrique au profit des patient·e·s. En effet, ces dernier·ère·s sont les seul·e·s décisionnaires

dans la prise de décision médicale. Les médecins sont uniquement présent·e·s pour fournir l'ensemble des informations médicales aux patient·e·s et pour leur présenter les différentes stratégies thérapeutiques existantes. Les médecins sont donc positionné·e·s comme des consultant·e·s ou expert·e·s techniques médicaux. Selon les auteur·e·s, ce modèle comporte plusieurs limites : il ignore les connaissances des médecins acquises au cours de leurs expériences professionnelles, (les médecins ne mettront plus à profit leurs expériences passées) et il exige des patient·e·s d'avoir la capacité et les ressources cognitives de prendre seul·e une décision médicale (Emanuel & Emanuel, 1992). Par ailleurs, ce modèle ne prend pas en compte le fait que des patient·e·s pourraient ne pas souhaiter participer à la prise de décision médicale.

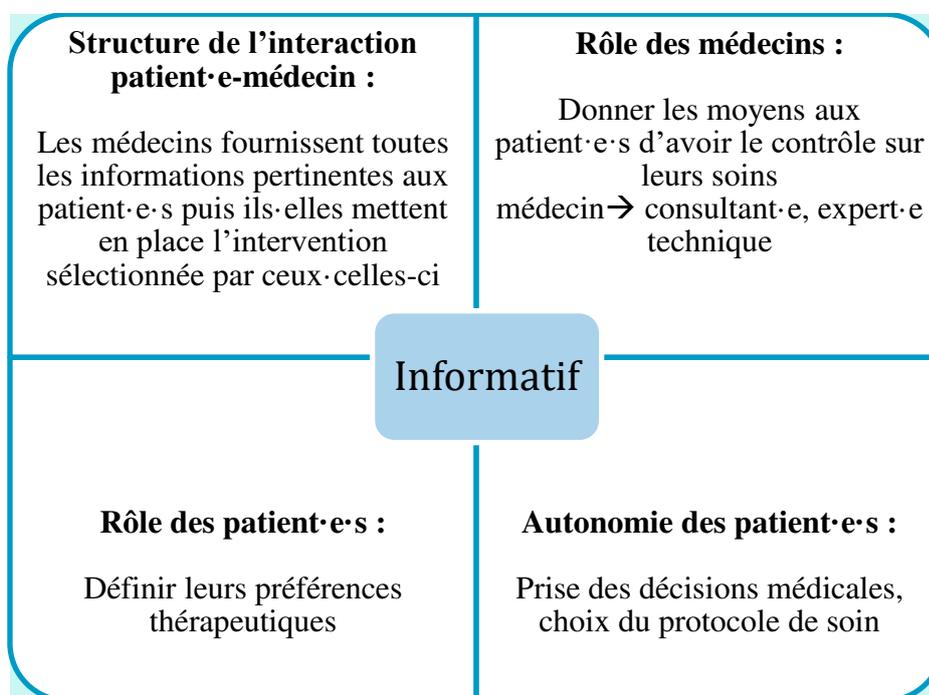


Figure 14. Modèle informatif.

Dans le modèle interprétatif (Figure 15) les médecins accompagnent les patient·e·s pour définir la stratégie de soin qui leur correspondrait le mieux et sélectionnent avec eux·elles le protocole thérapeutique qui s'en rapproche le plus. Dans ce modèle, les médecins se positionnent comme des conseiller·ère·s qui accompagnent les patient·e·s dans leur trajectoire de soin afin de les impliquer et de leur permettre d'avoir un avis éclairé sur les différents protocoles disponibles. Ce sont ces dernier·ère·s qui prennent la décision médicale qui leur paraît la plus pertinente mais avec l'aide et les conseils des médecins. Ce modèle, basé sur la co-construction du processus de soin, pourrait être le modèle idéal s'il garantissait l'absence de jugement ou de dimension évaluative de la part des médecins (Emanuel & Emanuel, 1992).

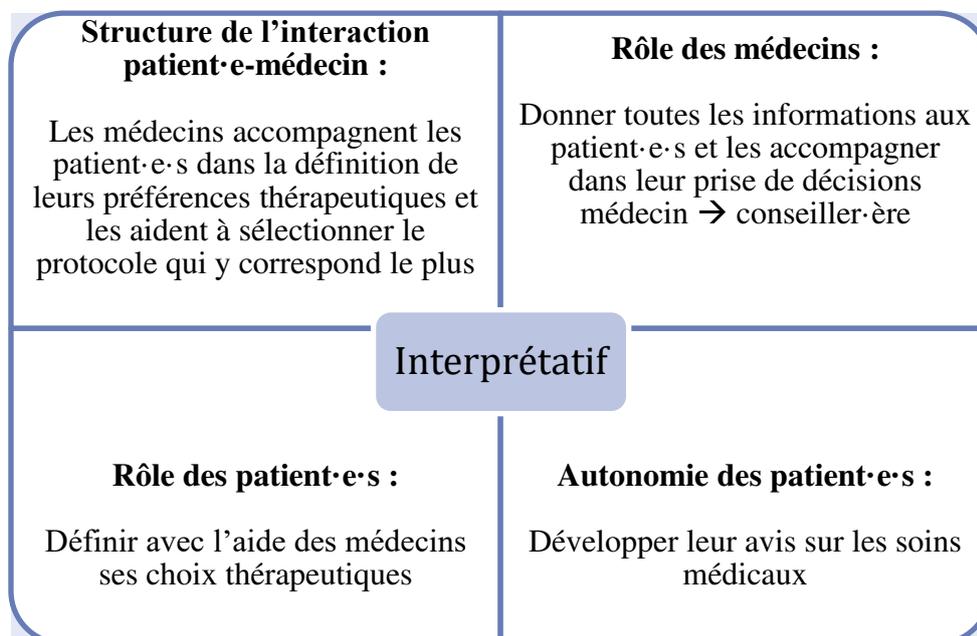


Figure 15. Modèle interprétatif.

Le modèle délibératif (Figure 16) est un modèle dans lequel les médecins élaborent le protocole de soin à partir des préférences thérapeutiques des patient·e·s en leur expliquant pourquoi certaines stratégies sont plus pertinentes que d'autres. Les médecins se positionnent plutôt comme des enseignant·e·s, des tuteur·rice·s, à l'égard de leurs patient·e·s. Les patient·e·s sont également impliqué·e·s dans la prise de décision médicale à travers leurs discussions avec les médecins, avec l'objectif de développer leurs capacités *d'empowerment*. Le principal inconvénient de ce modèle est qu'il n'exclut pas que les médecins puissent user de leur position et de leurs connaissances pour convaincre les patient·e·s d'adopter les mêmes opinions qu'elles·eux malgré un avis préalable différent du leur (Emanuel & Emanuel, 1992).

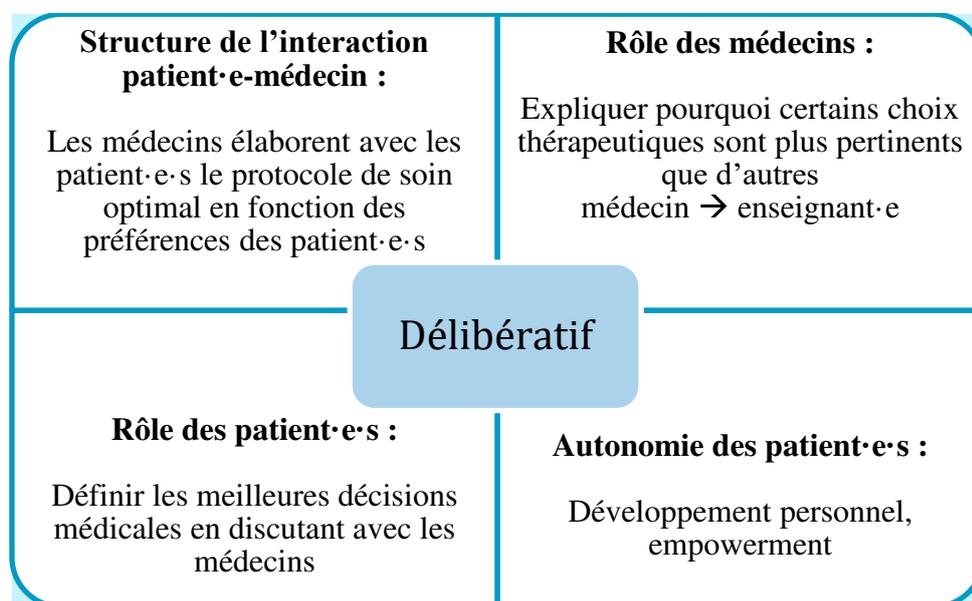


Figure 16. Modèle délibératif.

Enfin, dans le modèle paternaliste (Figure 17) les médecins sont garant·e·s de toutes les décisions médicales. En effet, les médecins sélectionnent les informations et les interventions qu'ils·elles considèrent les plus appropriées et les transmettent aux patient·e·s. Les médecins se positionnent comme des gardien·ne·s ayant pour but de promouvoir la santé et le bien-être des patient·e·s indépendamment de leurs opinions et préférences concernant le protocole de soin. Les patient·e·s sont dans une posture passive d'acceptation des choix des médecins. Selon les auteur·e·s, hors situations d'urgence médicale, ce modèle est à éviter car les médecins et les patient·e·s peuvent avoir une vision différente du bénéfice thérapeutique. Or dans ce schéma les patient·e·s ne peuvent pas exprimer leur point de vue (Emanuel & Emanuel, 1992).

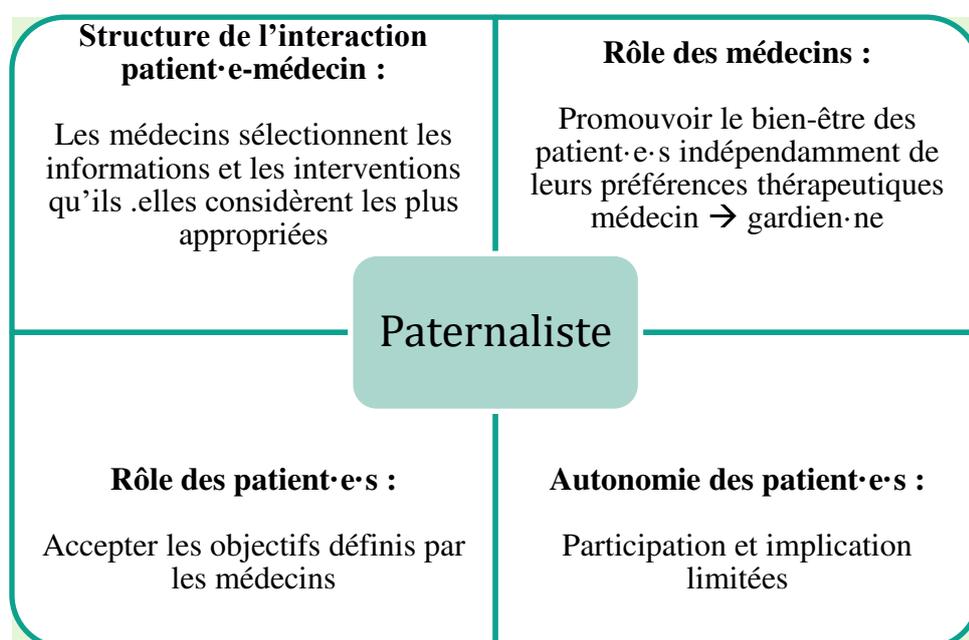


Figure 17. Modèle paternaliste.

Selon Emanuel et Emanuel (1992), aucun des modèles présentés ne correspond pleinement à une relation patient·e-médecin optimale, bien que l'utilisation de chaque modèle puisse se justifier selon les circonstances.

Les typologies décrites permettent d'illustrer certaines facettes potentielles de l'interaction patient·e-médecin mais elles laissent entière la question des dynamiques d'adhésion des interlocuteurs dans ces quatre formes de relations. En effet, les auteur·e·s abordent les dynamiques relationnelles comme un processus mécanique pouvant découler de protocoles sans prise en compte du caractère subjectif et dynamique des interactions sociales. Toutefois, ces typologies soulignent la volonté de dépasser le paternalisme dans la relation médicale.

1.3 L'approche contemporaine « patient comme partenaire »

Plus récemment, un nouveau modèle de relation patient·e-médecin a été élaboré au Canada, l'approche *patient-as-partner* également appelé le *Montreal Model*. Ce modèle a été construit suite à la proportion de plus en plus importante de personnes vivant avec des maladies chroniques (Karazivan et al., 2015, Figure 18). Selon les auteur·e·s, cela nécessite de repenser le processus de soin. Bien que les approches centrées sur les patient·e·s aient significativement amélioré la place des patient·e·s et la prise en considération de leurs opinions, modes de vie et préférences dans le processus de soin, les médecins restent les décideurs dans le système de soin (Karazivan et al., 2015). L'approche *patient-as-partner* développe alors un modèle multidimensionnel du continuum de l'engagement des patient·e·s, inspiré des travaux de Carman., *et al* (2013). Dans le cas des maladies chroniques, les patient·e·s développent une véritable expertise issue du vécu de la maladie, notamment sur ses conséquences en termes de santé ou de difficultés psychosociales. Les patient·e·s développent également une connaissance des institutions de soin et de leur fonctionnement. Ce sont ces différents savoirs que l'approche *patient-as-partner* propose de valoriser. En effet, ce modèle repose sur la complémentarité des savoirs expérientiels des patient·e·s et des savoirs scientifiques des professionnel·le·s de la santé (Karazivan et al., 2015b; Pomey et al., 2015).

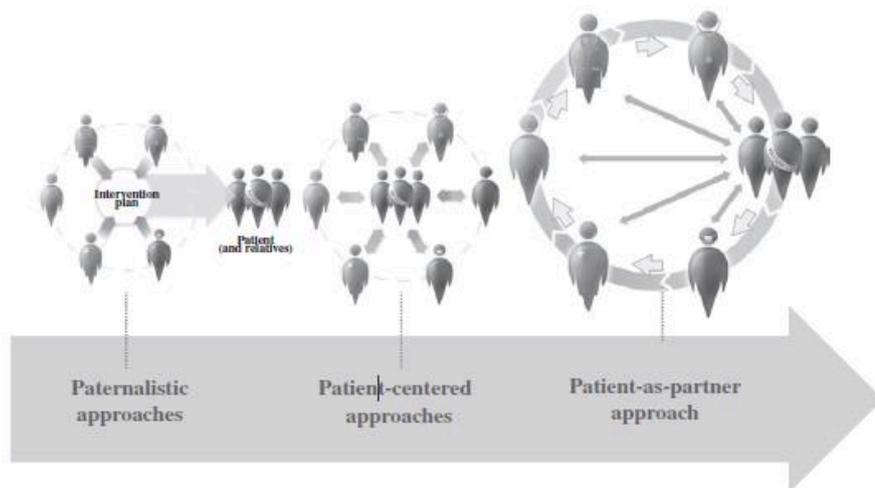


Figure 18. L'approche *patient-as-partner* (Karazivan et al., 2015).

Dans cette approche, les patient·e·s ne sont pas seulement activement impliqué·e·s dans leur trajectoire de soin, ils·elles peuvent être impliqué·e·s à tous les niveaux du système de soin, à savoir dans leurs propres protocoles thérapeutiques mais aussi dans l'élaboration des politiques de santé, dans l'enseignement ou encore la recherche (Karazivan et al., 2015; Pomey et al.,

2015, Figure 19). Contrairement aux autres approches, les patient·e·s sont des acteur·rice·s de soin à part entière et cela vient modifier, au-delà des interactions patient·e-médecin, la culture médicale du soin et les rôles associés (Karazivan et al., 2015b; Pomey et al., 2015).

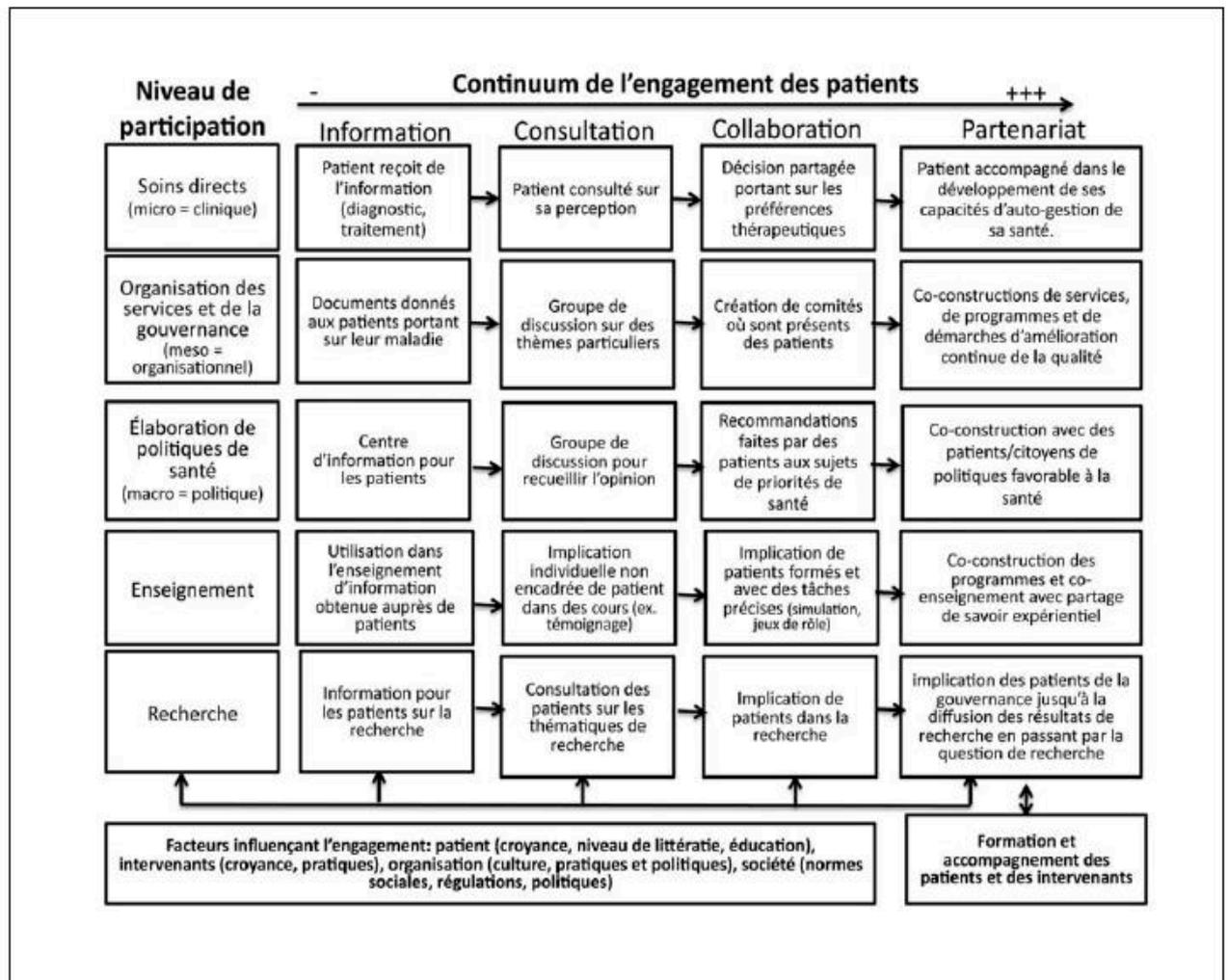


Figure 19. Implication du patient selon les niveaux du système de soin (Pomey et al., 2015).

Ce modèle se veut plus intégratif et adapté aux besoins des patient·e·s inscrits dans un parcours de soin de longue durée. Il met au centre du processus l'implication des patient·e·s dans la prise en charge et la prise de décision médicale. Toutefois, la représentation des médecins de la maladie et des soins, ou encore les ressources cognitives, peuvent amener certain·e·s patient·e·s à ne pas souhaiter ou pouvoir s'impliquer dans la décision médicale.

Ce qu'il faut retenir des différentes approches de relation patient·e-médecin abordées dans ce chapitre :

L'examen des limites des modèles de relation patient·e-médecin mène à envisager une modélisation de la relation patient·e-médecin davantage centrée sur les attitudes des médecins afin qu'ils·elles puissent s'adapter aux patient·e·s plutôt que sur une codification des interactions et du rôle de chacun·e. Cette idée est d'ailleurs supportée par des travaux récents sur l'éducation thérapeutique des patient·e·s (ETP) qui stipulent que le succès d'un programme thérapeutique ainsi que le développement des capacités et compétences des patient·e·s dépend principalement de l'attitude éducative des médecins et des professionnels de santé. Laquelle est définie par les auteurs à travers sept dimensions dont la capacité des professionnel·le·s de santé à s'adapter aux profils des patient·e·s et d'avoir une approche holistique de ces dernier·ière·s, de leurs besoins et de leurs émotions (Pétre, Gagnayre, De Andrade, Ziegler, & Guillaume, 2017).

Les préoccupations autour des modalités de la relation thérapeutique font écho à un changement de paradigme, en toile de fond, de l'approche de la santé. En effet, la médecine tend à glisser d'une approche centrée sur la maladie à une approche centrée sur les patient·e·s

1.4 Changement de paradigme dans l'approche de la santé : de la médecine centrée sur la maladie à la médecine centrée sur les patient·e·s

Selon Balint, il y a deux façons de faire de la médecine : centrée sur la maladie ou centrée sur le·la patient·e (Balint, 1969). Dans la première situation, le but du médecin est d'identifier le dysfonctionnement physiologique des patient·e·s et de prodiguer les traitements et soins pour y remédier. Cette façon de faire renvoie aux approches paternalistes de la médecine et des patient·e·s (Kaba & Sooriakumaran, 2007). Dans l'autre cas, le but de la médecine n'est pas simplement d'identifier la pathologie des patient·e·s, mais aussi de s'intéresser à elles·eux dans leur globalité afin d'établir un diagnostic complet fondé sur ce que les médecins connaissent et comprennent de leur patient·e en tant que personne unique et singulière. Cette approche reflète un réel changement de paradigme. La médecine centrée sur les patient·e·s prend de l'ampleur dans la façon de penser la relation patient·e-médecin (Sandman & Munthe, 2010). Cela se traduit par une volonté institutionnelle en France d'accorder de plus en plus de droits et de reconnaissance aux patient·e·s (Amar & Minvielle, 2000). Dans le cadre de la prescription de la PrEP comme moyen de prévention et de la relation patient·e-médecin qui en découle, il est

plus approprié de s'intéresser aux approches centrées sur les patient·e·s. En effet, bien que la PrEP implique une surveillance physiologique stricte des potentiels effets secondaires liés à la PrEP, les patient·e·s ne présentent pas de dysfonctionnement physiologique auquel les médecins doivent remédier. Au contraire, les bénéfices de la PrEP concernant le maintien de la santé et l'amélioration de la qualité de vie et de la qualité de vie sexuelle des patient·e·s. Des bénéfices qui ne concernent donc pas uniquement la santé physique.

Il n'existe pas de définition unique de l'approche centrée sur les patient·e·s, toutefois, il est possible d'en délimiter les principaux objectifs, à savoir : prendre en compte le point de vue des patient·e·s (croyances, émotions, sens, expérience) concernant le processus de soin ; permettre aux patient·e·s de s'impliquer dans leur trajectoire de soin et adapter le niveau d'informations transmises aux patient·e·s en fonction de leurs besoins/demandes ; améliorer la relation patient·e-médecin (Holmström & Röing, 2010).

Mead et Bower (2000) ont identifié cinq dimensions clés pour la mise en œuvre d'une approche centrée sur le·la patient·e (Figure 20) :

- **La perspective biopsychosociale** dans l'approche des patient·e·s. Concrètement, cela implique que les médecins soient attentif·ve·s aux difficultés, inquiétudes, préoccupations, des patient·e·s, au-delà de la simple dimension médicale de la situation. Il s'agit donc de tenir compte des facteurs non biomédicaux (notamment psychologiques et sociaux) dans la gestion des problèmes biomédicaux.
- **La conceptualisation du « *patient as person* ».** L'approche biopsychosociale ne suffit pas à elle seule pour comprendre l'expérience singulière de la maladie des patient·e·s. C'est davantage un cadre général d'approche des patient·e·s qui ne peut être efficace qu'avec une prise en considération des patient·e·s comme étant des personnes uniques et singulières (*patient as person*). Cette façon d'aborder les patient·e·s met en exergue les trajectoires individuelles de l'expérience de la maladie en lien avec l'histoire biographique et le sens donné par elles·eux.
- **Le partage du pouvoir et des responsabilités.** L'approche centrée sur les patient·e·s prône une relation patient·e-médecin égalitaire, à l'opposé des conceptions paternalistes mises en place au début de la médecine. Cette approche des soins encourage l'implication des patient·e·s dans leur prise en charge et dans la prise de décision médicale.
- **L'alliance thérapeutique,** caractérisée par l'adhésion mutuelle des patient·e·s et des médecins au protocole de soin, est le socle d'une relation patient·e-médecin de qualité.

- **Le principe du « *doctor as person* »** renvoie aux qualités personnelles des médecins. La subjectivité des médecins est également à prendre en considération dans la relation dans le sens où, tout comme celle des patient·e·s, elle peut l'affecter. Les médecins doivent donc être attentif·ve·s aux émotions développées dans la relation avec les patient·e·s afin qu'elles ne provoquent pas de réaction négative et qu'elles favorisent plutôt les objectifs thérapeutiques fixés.

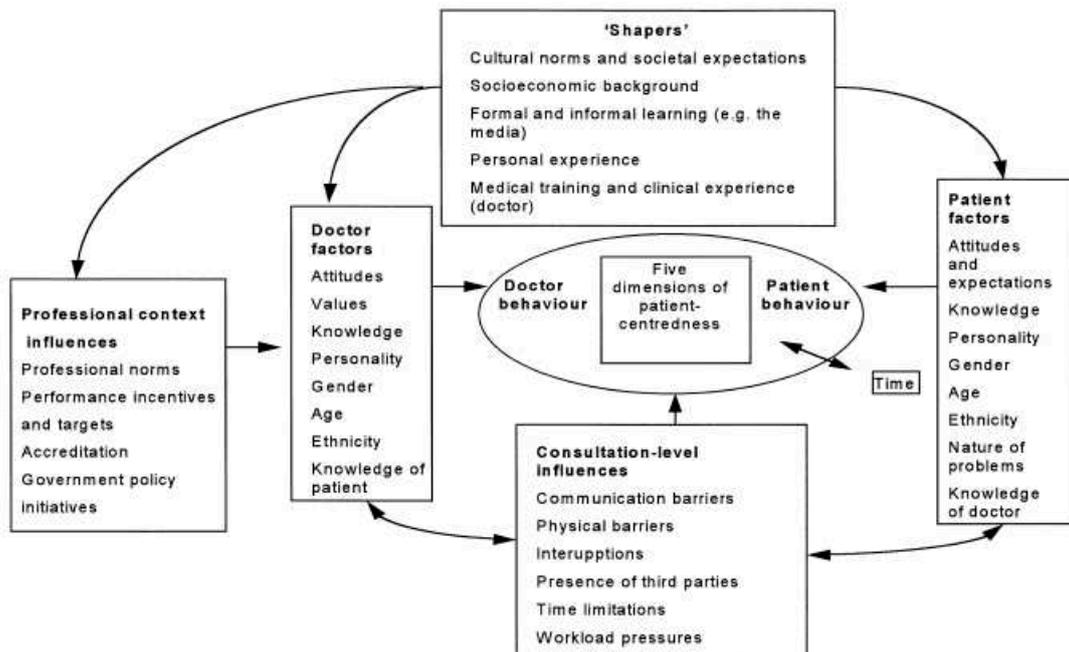


Figure 20. Facteurs influençant l'approche centrée sur les patient·e·s (Mead & Bower, 2000).

La communication est donc au cœur de la mise en œuvre de l'approche centrée sur les patient·e·s (Roter, 2000). C'est également un enjeu soulevé dans la mise en œuvre de la PrEP. Cette dernière repose en effet sur la capacité des médecins à construire une relation avec les patient·e·s qui permette d'aborder leur vie sexuelle.

Haes et Bensing (2009) ont proposé un modèle de communication médicale à travers six indicateurs :

- Baser la relation avec les patient·e·s sur le respect et la confiance.
- Consacrer du temps pour recueillir des informations auprès des patient·e·s concernant notamment leur vécu, leurs symptômes et leurs attentes, afin d'établir un diagnostic et de mettre au point un traitement adapté.

- Transmettre suffisamment d'informations aux patient·e·s afin de leur permettre de comprendre leur état de santé, de favoriser leur implication dans la prise de décision et de diminuer leurs incertitudes.
- Impliquer les patient·e·s dans la prise de décision, conformément aux modèles de décision partagée, afin d'aboutir à une décision acceptable pour les deux parties.
- Permettre aux patient·e·s d'avoir la capacité d'avoir un comportement adapté à leur pathologie par la promotion des comportements de santé et d'adhésion aux traitements, mais aussi en favorisant leur autonomie dans la gestion de leur maladie.
- Répondre aux émotions des patient·e·s inhérentes au contexte médical. Les patient·e·s étant dans une situation de vulnérabilité et d'incertitude, les médecins peuvent faire face à des manifestations d'anxiété, de colère ou de tristesse, qu'ils·elles doivent prendre en considération en adaptant leur pratique afin de diminuer le niveau de détresse.

1.5 La relation patient·e-médecin dans le contexte spécifique de la prévention du VIH et des IST

Compte-tenu de l'effet de la relation patient·e-médecin sur les comportements d'adhésion ainsi que sur les comportements et les attitudes envers les soins, la question de l'implication des patient·e·s dans la prise de décision médicale et dans le processus de soin a largement été étudiée, y compris dans le champ du VIH (Alexander, Hearld, Mittler, & Harvey, 2012; Beach, Keruly, & Moore, 2006; Davis-Michaud, Yurk, Lansky, Asch, & Wu, 2004; Murri et al., 2002; Preau et al., 2004; Roberts, 2002; Schilder et al., 2001; Schneider et al., 2004). Cependant, nous disposons de peu d'informations sur l'implication des patient·e·s ou sur la relation patient·e-médecin dans le cadre de la prévention.

Jusqu'à présent la relation patient·e-médecin a en effet été pensée uniquement dans le cadre de la maladie. Les outils biomédicaux de prévention (prophylaxie pour le paludisme, vaccins, etc), contrairement à la PrEP, ne nécessitent pas de suivi régulier avec un·e médecin¹. Le seul point de comparaison dont nous pouvons disposer est la prescription de la pilule contraceptive. Or, nous ne disposons que de peu de données sur la relation patient·e-médecin dans ce contexte, si ce n'est que les femmes souhaitent une plus grande implication des médecins dans leur choix de méthode contraceptive (Dehlendorf, Levy, Kelley, Grumbach, & Steinauer, 2013). La littérature souligne également que la mise en place du counseling ou de la prise de décision

¹ La prescription de la PrEP implique un suivi médical régulier obligatoire (tous les 3 mois), y compris hors essais.

partagée durant les consultations favorisent l'utilisation optimale d'une méthode contraceptive (Dehlendorf, Krajewski, & Borrero, 2014).

Les objectifs de la relation patient·e-médecin dans le champ de la prévention diffèrent de ceux du champ de la prise en charge des maladies, il ne s'agit plus de guérir ou de vivre avec une maladie mais de l'éviter. En cela, pour en revenir à Parsons (1951, 1975), les patient·e·s reçu·e·s dans le cadre de consultations de prévention ne constituent pas de menace pour l'ordre social et économique de la société vu qu'il·elle·s remplissent toujours les missions liées à leur statut social.

La relation patient·e-médecin dans le cadre de la PrEP est fondée sur l'accompagnement du risque d'infection par le VIH chez des personnes séronégatives. Peut-on transférer l'état actuel des connaissances concernant la relation patient·e-médecin dans le champ thérapeutique au domaine de la prévention ?

1.5.1 Le risque au cœur de la relation patient·e -médecin dans le champ de la prévention du VIH.

Dans le cadre de consultations de prévention, les médecins et les patient·e·s ne se retrouvent pas pour lutter contre une maladie chronique ou aiguë mais pour prévenir et anticiper des prises de risque qui pourraient aboutir à un évènement de santé indésirable. Le risque se retrouve donc au cœur de la relation patient·e-médecin. Comme vu dans le chapitre précédent, la valorisation de la santé et des comportements associés conduit à une stigmatisation des personnes ayant des comportements considérés comme à risque sur le plan de la santé (Peretti-Watel, 2010; Peretti-Watel & Moatti, 2009). A l'heure de la médicalisation de la société, les rôles sociaux définis par Parsons (1951, 1975) des patient·e·s et des médecins s'appliquent également au domaine de la prévention. Rester en bonne santé est un devoir des patient·e·s et les médecins en sont les garants.

Dans le cas des consultations de PrEP, c'est la prévention du VIH, basée sur la prévention du risque associé à des comportements sexuels, qui est au cœur du suivi. Cependant, les médecins rapportent des difficultés dans ce suivi, notamment pour discuter des comportements et de l'orientation sexuelle avec leurs patient·e·s HSH ou travailleur·se·s du sexe (Underhill et al., 2015). Ces difficultés s'observent à travers le taux élevé (73,4%) d'évaluation des risques sexuels non documentés (recommandation des *CDC*) lors des visites ayant pour objet le dépistage et le traitement des IST (Hoover et al., 2010), cela représente des occasions manquées de prescription de la PrEP. Ces difficultés des médecins à discuter de sexualité avec leurs

patient·e·s peuvent donc compromettre la mise en place de la PrEP auprès des HSH et par la suite les comportements d'adhésion. Dans ce contexte, il est pertinent de s'intéresser à d'autres formes d'accompagnement des patient·e·s dans la prévention du VIH, et particulièrement de la PrEP.

2. Vers d'autres formes d'accompagnement dans le champ de la prévention du VIH

Ces dernières décennies, les schémas de production et de reconnaissance des savoirs en santé se sont modifiés, notamment dans le champ des maladies chroniques, au profit d'une reconnaissance grandissante des savoirs des patient·e·s, fort·e·s de leur expérience de vie avec la maladie (Jouet, Flora, & Las Vergnas, 2010). La place des patient·e·s dans le système de soin proposé par le *Montreal Model* en est une des illustrations.

La reconnaissance des savoirs expérientiels en santé peut prendre d'autres formes, comme le soutien et l'accompagnement des patient·e·s par d'autres patient·e·s. En effet, les programmes classiques d'ETP proposés par les équipes médicales, se doublent de nouvelles formes d'accompagnement issues des communautés concernées (Jouet et al., 2010).

Dans le champ du VIH, cette évolution est d'autant plus présente car c'est dans ce contexte que la figure du·de la patient·e actif·ve est née dès les débuts de l'épidémie (Jodelet, 2013). En effet, c'est par le mouvement des personnes concernées et affectées par le VIH/SIDA que les associations de malades ont pris place dans les politiques de santé (Jodelet, 2013).

Aujourd'hui, suite aux évolutions de la médecine et du rapport aux patient·e·s, la recherche se positionne dans l'exploration et l'évaluation de ce concept d'accompagnement communautaire, notamment dans le champ du VIH.

2.1 L'accompagnement communautaire dans le champ du VIH

Les récentes évolutions dans le champ de la prévention du VIH sont liées à l'implication des membres de la communauté dans les études et les essais par le biais de la recherche communautaire (Champenois et al., 2012; Lorente, Preau, Vernay-Vaisse, Mora, Blanche, Otis, Passeron, Le Gall, et al., 2013; Molina et al., 2015; Sagaon-Teyssier et al., 2016). La présence d'acteur·rice·s communautaires dans les dispositifs de prévention a montré une véritable plus-value, particulièrement concernant le recours au dépistage (Champenois et al., 2012; Lorente et al., 2013).

Le plus souvent, la communauté est impliquée à travers des associations non gouvernementales présentes sur le terrain qui permettent de faire le lien entre ce terrain et les professionnel·le·s

de santé (Nemcek & Sabatier, 2003). Ces membres de la communauté peuvent être mobilisé·e·s pour réaliser un accompagnement communautaire en vue de réduire l'exposition au risque VIH. Dans le premier chapitre, nous avons déjà souligné que les AC inspirent davantage la confiance que des membres du personnel soignant, ce qui leur permet d'avoir des discussions sur des sujets intimes et sensibles (Campbell & MacPhail, 2002). De plus, les AC peuvent avoir un meilleur accès aux personnes de la communauté éloignées du soin (Sergeyev et al., 1999).

L'accompagnement communautaire développé en France dans le cadre de recherches communautaires fait écho à la mise en place de *community health workers (CHW)*, acteur·rice de santé communautaire aux États-Unis dans le cadre de la lutte contre les inégalités de santé. L'implémentation des *CHW* aux États-Unis vise surtout les minorités ethniques et raciales (Nemcek & Sabatier, 2003). L'objectif de ces *CHW* est triple (Nemcek & Sabatier, 2003). Premièrement, ils favorisent l'alliance thérapeutique en renforçant les relations entre les professionnel·le·s de santé et les personnes issues des communautés éloignées du soin. Le rôle principal des *CHW* est donc de faire le lien entre ces deux parties. Deuxièmement, ils améliorent et optimisent le recours au système de soin : ils permettent de faire en sorte que les personnes consultent au bon moment et améliorent le recours aux médecins généralistes afin de diminuer le nombre de consultations en urgence. Enfin, la mise en place de *CHW* vise à réduire les risques de santé des membres de ces communautés par le biais d'actions de prévention et d'éducation visant à encourager les diagnostics précoces et le suivi des traitements.

Les *CHW* permettent de tendre vers une personnalisation des soins à travers une prise en compte des spécificités sociales et culturelles des minorités.

2.1.1 Enjeux de l'accompagnement communautaire

Bien que l'accompagnement communautaire soit récent en France, différentes études en soulignent les gains en santé pour les HSH vulnérables au VIH. En revanche, la collaboration entre les AC et les médecins et les effets de l'accompagnement communautaire sur la relation patient·e-médecin ont été peu documentés.

Deux études auprès de patient·e·s diabétiques ont étudié l'impact des *CHW* sur les médecins. D'une part, il en ressort que leur suivi auprès des patient·e·s allège les consultations des médecins ce qui permet à ces dernier·ère·s d'instaurer une relation et un suivi de meilleure qualité qui prend en considération l'*empowerment* des patient·e·s (Otero-Sabogal et al., 2010). D'autre part, les connaissances et compétences acquises par les patient·e·s grâce aux échanges avec les *CHW* permettent aux patient·e·s de gagner en confiance et d'être davantage en capacité

de questionner les médecins sur leur état de santé, les traitements et les examens (Heisler et al., 2009).

La mise en place de *CHW* semble donc être bénéfique pour les patient·e·s et pour les médecins ainsi que pour la qualité de la relation patient·e-médecin dans le champ du diabète. Les mêmes bénéfices pourraient-ils s'observer dans le champ du VIH auprès des HSH inscrits dans un protocole de PrEP ?

Synthèse :

Ce chapitre a montré que la PrEP implique une nouvelle forme de relation patient·e-médecin dont la qualité est centrale car l'implémentation de la PrEP dépend, en partie, de la capacité des médecins à discuter des comportements sexuels avec leurs patient·e·s, notamment avec les patients HSH séronégatifs (Mayer, 2014).

Par ailleurs, la relation patient·e-médecin est une problématique centrale dans le champ de la santé et de l'adhésion au soin. Plusieurs courants théoriques s'y sont intéressés. Pour Parsons (1951) et la sociologie fonctionnaliste, la maladie peut être vue comme un comportement déviant car elle empêche les patient·e·s de remplir leurs obligations sociales ; l'objectif des médecins dans ce contexte est de restaurer les capacités des patient·e·s afin qu'ils·elles remplissent à nouveau pleinement leurs missions dans la société. Les patient·e·s doivent également remplir leur rôle en manifestant qu'ils·elles mettent tout en œuvre pour guérir au plus vite (Parsons, 1951, 1975). Selon cette approche (Parsons, 1951, 1975), le rôle des médecins et des patient·e·s ainsi que leurs interactions sont prédéterminés socialement.

Dans ce chapitre nous avons également vu, du plus ancien au plus récent, les quatre modèles d'Emanuel et Emanuel (paternaliste, informatif, délibératif et interprétatif, 1992), l'approche centrée sur les patient·e·s et l'approche *patient as partner*. Ces modèles traduisent une volonté de dépasser les conceptions paternalistes de la médecine et de s'adapter à la proportion grandissante de personnes vivant avec des maladies chroniques.

Toutefois, certaines approches relèvent qu'il est difficile de conceptualiser la relation patient·e-médecin car les dynamiques relationnelles sont très dépendantes de la singularité des personnes impliquées. C'est le cas par exemple de la sociologie interactionniste, de Strauss notamment, qui considère que l'ordre organisationnel défini par les rôles sociaux et professionnels n'est qu'un arrière-plan dans lequel vont s'inscrire les négociations entre les acteur·rice·s. En ce sens, au sein d'un contexte structurel donné, une multitude de négociations possibles façonnent les interactions entre les médecins et les patient·e·s (Strauss & Baszanger, 1992). Dans cette perspective, il est difficile de se baser sur des conceptualisations prédéfinies des processus, de la dynamique et des échanges dans la relation patient·e-médecin. Il conviendrait davantage de s'intéresser à l'attitude des médecins, ou comme définie récemment, l'attitude éducative (Pétre et al., 2017).

Ce chapitre a également montré que les effets de la relation patient·e-médecin ont été étudiés dans le champ de la prise en charge du VIH mais assez peu dans le champ de la prévention et plus particulièrement de la PrEP. Cependant, la reconnaissance des savoirs des patient·e·s

et des communautés conduit à ne plus considérer l'accompagnement dans le champ de la santé comme étant exclusivement la mission de la médecine. En effet, les programmes d'ETP proposés par les équipes médicales se doublent de nouvelles formes d'accompagnement issues des communautés concernées (Jouet et al., 2010). L'implication des communautés dans le processus de prévention et de soin est d'autant plus forte dans le champ du VIH. Actuellement, la recherche entreprend d'évaluer ses bénéfices pour les patient·e·s ainsi que pour les médecins impliqué·e·s.

Dans le champ du VIH, un lien a été montré entre la relation patient·e-médecin et les comportements d'adhésion. Relation patient·e-médecin et gestion du risque VIH peuvent donc entretenir un lien. De plus, dans le cadre de la prescription de la PrEP, la relation avec les médecins peut également agir comme un élément contextuel influençant les comportements préventifs et de gestion du risque VIH. La psychologie sociale de la santé, par ses ancrages dans plusieurs disciplines de sciences humaines et sociales (*e.g.*, psychologie, sociologie, anthropologie), peut être une approche théorique pertinente pour saisir et analyser les enjeux liés à la PrEP.

Chapitre 4 : Les approches psychosociales en santé pour comprendre la gestion du risque VIH à l'ère de la PrEP

Cette thèse s'inscrit dans le champ de la psychologie sociale de la santé. Cette approche de la psychologie de la santé diffère du point de vue épistémologique, conceptuel et méthodologique de la psychologie de la santé traditionnelle. Les chapitres précédents ont montré l'importance du contexte sur la mise en œuvre des comportements à risque et/ou de prévention. En effet, nous avons vu d'une part que le recours au dépistage était significativement plus élevé chez les HSH lorsqu'il a lieu en milieu communautaire, mais aussi que les comportements de prévention étaient influencés par le type de partenaire, le contexte de la relation, la perception des comportements du partenaire, ou encore les moyens de prévention disponibles. Et d'autre part, que les relations développées dans le cadre de l'accompagnement associé à la PrEP (*e.g.*, relation avec les professionnel·le·s de santé, AC) peuvent également influencer l'adhésion des HSH au protocole de PrEP. Face à ces éléments, une approche des comportements de santé incluant leur dimension sociale, relationnelle et contextuelle, apportée par la psychologie sociale de la santé, paraît appropriée.

Ce chapitre retrace les différentes évolutions de la psychologie de la santé, avec notamment l'intégration du sociale dans la discipline, ainsi que l'intérêt des approches psychosociales pour étudier la gestion du risque VIH dans un contexte préventif en changement

1. Naissance de la psychologie de la santé

Historiquement, la recherche en psychologie de la santé, ancrée dans le modèle biopsychosocial (Engel, 1980), vise à identifier les facteurs psychologiques qui entrent en jeu dans le champ de la santé. Que ce soit par leur contribution à l'émergence d'une maladie, sa progression ou encore ses conséquences, mais aussi par leur contribution dans le maintien ou le rétablissement de la santé (Koleck, Préau, Dany, & Faury, 2017). Pour cela, comme vu dans le chapitre sur le risque, de nombreux modèles ayant pour but d'expliquer et de prédire les comportements en santé ont été développés. Les connaissances issues de ces modèles peuvent être articulées avec la recherche interventionnelle dans le champ de la prévention et de la prise en charge des maladies (Koleck et al., 2017).

Les approches prédictives ont le mérite de proposer différentes conceptualisations des déterminants des comportements de santé. Au fil du temps, ces modèles sont devenus de plus

en plus élaborés, à l'instar du modèle transactionnel intégratif et multifactoriel (Bruchon-Schweitzer, 2002), afin de rendre compte de la complexité des facteurs qui sous-tendent les comportements et d'améliorer leurs capacités de prédiction.

Ces modèles ont pour but principal d'isoler les processus de traitement de l'information relatifs aux champs de la santé et de la maladie par la mesure de différents concepts, comme les attitudes ou les croyances.

1.1 Remise en cause des modèles prédictifs de la psychologie de la santé pour comprendre et prédire les comportements

Selon Sutton (1998), les modèles cognitifs (*e.g.*, *health beliefs model*, théorie de la motivation à la protection) et sociocognitifs (*e.g.*, théorie de l'action raisonnée/planifiée, la théorie du processus du comportement de santé HAPA) ne sont pas assez efficaces pour prédire les intentions et les comportements. Ces différents modèles ne prédiraient qu'entre 19% et 38% des comportements (Sutton, 1998). Une des explications possibles de ce faible taux de prédiction tiendrait au fait que le lien entretenu entre la pensée des individu·e·s (pensée sociale ou de sens commun) et les systèmes sociaux et culturels dans lesquels ils·elles sont inscrit·e·s n'est pas ou peu exploré (Fischer & Tarquinio, 2006). Ces approches individuelles des comportements de santé ont donc été largement remises en cause, d'une part, du fait de leur manque de contextualisation (faible prise en compte des normes sociales), mais aussi pour leur vision réductrice du concept de croyance et de leur considération de l'action comme étant une démarche individuelle et délibérée (Morin & Apostolidis, 2002).

De ce fait, un courant différent de la psychologie de la santé conduit à penser en terme de processus de santé, plutôt que de comportements, à travers une mise en avant de la pluri-méthodologie pour étudier les phénomènes de santé de façon intégrée dans les systèmes sociaux (Morin, 2002). Cela se traduit, par exemple, par le développement d'approches écologiques centrées sur le lien individu·e-environnement.

2. La conceptualisation du social en psychologie de la santé

L'approche écologique de l'individu·e, issue de ce courant de la psychologie de la santé, nécessite le développement de nouvelles approches épistémologiques et méthodologiques afin de proposer des conceptualisations adéquates du contexte social et culturel en interaction avec les comportements (Chamberlain, 2009).

Cependant, la prise en compte du social dans la psychologie de la santé ne fait pas consensus. Deux types de problématisation du social coexistent. D'une part, et de façon majoritaire, le social est considéré et étudié comme un ensemble de facteurs susceptibles d'influencer les comportements de santé et dont il faut étudier le rôle face au risque. D'autre part, l'intégration de la psychologie sociale dans le champ de la psychologie de la santé, permet d'étendre le questionnement psychosocial, afin qu'il ne soit plus uniquement réduit à l'étude des facteurs psychologiques et sociaux dans le champ de la santé et de la maladie dans un objectif de prédiction, mais, pour qu'ils permettent plutôt de tendre vers une approche compréhensive et contextualisée de la maladie et des risques (Morin, 2002). L'approche des représentations sociales et des orientations situationnelles et constructionnistes en santé, entendent ainsi le social comme le sens donné à l'expérience de la santé et de la maladie en lui conférant un caractère socialement partagé (Radley, 1994). Dans cette approche compréhensive de la psychologie de la santé, le social sert de système d'interprétation partagé des maladies et des risques (Morin & Apostolidis, 2002; Petrillo, 2000). Dans cette optique, les pratiques sociales et les comportements qui peuvent avoir des conséquences négatives sur la santé (*e.g.*, un rapport sexuel non protégé) sont inscrits dans un contexte spécifique dans lequel ils doivent être replacés pour comprendre les significations sous-jacentes et la logique de leur appropriation sociale (Chamberlain, 2009).

La prise en compte du social ne se réduit donc pas uniquement à l'étude des déterminants de santé et de maladie, mais doit aussi être entendue comme « le système social dans lequel est enraciné un comportement (valeurs, normes, représentations sociales) ainsi que les relations entretenues par les individu·e·s avec autrui » (Morin & Apostolidis, 2002, p.488).

3. La psychologie sociale de la santé

La psychologie sociale de la santé (PSS) est une forme de réponse aux préoccupations de la psychologie de la santé concernant l'intégration du contexte social. Elle se veut une approche compréhensive et contextualisée des problèmes de santé. La PSS peut ainsi être définie comme un ensemble de savoirs concernant la santé et la maladie, fondé sur des outils théoriques et méthodologiques issus de plusieurs champs de la psychologie (psychologie sociale, psychologie de la santé, psychologie clinique) et d'autres disciplines des sciences sociales (épidémiologie, sociologie, économie, anthropologie, ...). Sa spécificité se situe dans la prise en compte des différents contextes sociaux et culturels dans lesquels la santé et la maladie sont étudiées (Morin & Apostolidis, 2002). Le caractère social de la PSS renvoie non seulement aux déterminants sociaux affectant la santé et les comportements, mais également à sa fonction de

réservoir d'interprétation du monde (Petrillo, 2000). En ce sens, la PSS tente d'articuler différents niveaux d'interprétation, à l'instar de la lecture multi-niveaux de Doise (1982). Cela se traduit par « un va-et-vient dans l'analyse entre des éléments contextuels de type microsocial (contexte proche, relations interpersonnelles et sociales, réseaux) et des éléments contextuels de type macrosocial (positions sociales, modèles culturels, conditions d'existence) » (Morin & Apostolidis, 2002, p.484). La contribution de la psychologie sociale aux questions de santé se caractérise notamment par l'étude de l'interaction sociale. Dans cette perspective, les comportements sont le résultat à la fois de l'individu·e et du contexte (Paicheler, 1994, cité par Dany, 2013). En effet, la psychologie sociale étudie simultanément l'individu·e singulier·ière et l'individu·e social·e, autrement dit en interaction avec un contexte social. Puisque dans chaque personne réside une part de social, l'individu·e et le social sont interdépendants (Dany, 2013). L'individu·e est en effet influencé·e par le contexte social, auquel il·elle participe également. Dans une relation ou interaction sociale, chaque personne se représente singulièrement mais participe également à la représentation de ses groupes sociaux d'appartenance et des significations associées. Le social est donc incorporé dans le sujet en même temps qu'il participe à sa construction. Dans une perspective de PSS, il est donc nécessaire de prendre en compte le lien dynamique entre le sujet singulier et les structures sociales (Berger & Luckmann, 1966) ainsi que l'existence d'un monde « déjà-là » (Schütz, 1987).

Dans le cadre de cette thèse, la santé est appréhendée du point de vue de la prévention et plus particulièrement de la prévention sélective et primaire du VIH (Gordon, 1983 ; Kaplan, 2000), c'est à dire une prévention visant à réduire l'impact négatif de comportements à risque existants chez une partie de la population HSH (Romano & Hage, 2000). L'approche psychosociale de la santé et des risques développée dans le cadre de cette thèse vise à appréhender de façon compréhensive les comportements de santé comme étant des comportements complexes simultanément individuels et sociaux. Ces comportements sont, d'une part, influencés par des facteurs tels que les motivations, les représentations, les croyances, l'entourage social, les valeurs et les attitudes. Et d'autre part, ils sont inscrits socialement et donc influencés par les normes et représentations sociales ou encore par l'inscription et la participation sociale. Les comportements de santé ont donc un caractère dynamique et hétérogène (Herzlich, 1996; Morin, 2004; Morin & Apostolidis, 2002). Les comportements considérés à risque pour la santé ne font pas exception et renvoient eux-aussi à des enjeux psychosociaux (Apostolidis & Dany, 2012; Dany, 2013). En effet, ces derniers ne s'inscrivent pas dans un vide social. Ils sont

porteurs de significations sociales et sont issus à la fois d'une logique psychosociale interne propre au sujet (Dany, 2015) mais aussi d'une interaction entre le sujet et autrui, réel·le ou imaginaire, dans un contexte où la notion même de risque résulte d'une construction sociale (Lupton, 1999).

3.1 Les enjeux épistémologiques liés à la PSS

L'approche compréhensive de la PSS s'inscrit dans le courant épistémologique constructiviste. Ce positionnement compréhensif part du principe que les faits humains, ou sociaux, sont des faits porteurs de significations véhiculés par différents acteur·rice·s (individu·e, groupes, institution) au sein d'une situation interpersonnelle. La posture compréhensive part également du postulat qu'une personne peut saisir le vécu et le ressenti d'une autre personne (Paillé & Mucchielli, 2013).

Dilthey a été un des premiers à contribuer au développement de l'approche compréhensive. Selon lui, le but n'est pas d'expliquer, mais de décrire un phénomène en tenant compte de tous les faits présents (Dilthey, 1985). Husserl étayera la posture compréhensive de la phénoménologie. Cet apport met en exergue le primat du sens sur la cause et propose de décrire les phénomènes tels qu'ils apparaissent sans référence à une théorie explicative ou à des causes (Husserl, 1913).

Dans cette approche, un phénomène pris en dehors de son contexte n'existe pas et ne peut fournir de sens car ce dernier se construit toujours en relation, comparaison, et mise en perspective avec une conscience (Paillé & Mucchielli, 2013). C'est le principal point de différenciation entre l'épistémologie constructiviste de la PSS et l'épistémologie positiviste des approches prédictives de la psychologie de la santé.

En ce sens, l'approche compréhensive s'inscrit dans le courant constructiviste qui prend pour point de départ le fait que la connaissance se construit par interaction entre le réel et le sujet. Le réel n'étant pas connaissable en soi (Kant, 1781). La posture épistémologique constructiviste et l'approche compréhensive représentent des cadres supra-ordonnés pour les recherches en PSS à l'intérieur desquels plusieurs théories, procédures et méthodologies peuvent être mises en œuvre (Charmillot & Dayer, 2007). Le type de méthode est indépendant du cadre épistémologique : par exemple l'utilisation d'une méthode qualitative ne s'inscrit pas toujours dans la mise en œuvre d'une approche compréhensive et constructiviste. Une telle approche doit dépasser les oppositions explication-compréhension ou encore méthode qualitative-quantitative (Charmillot & Dayer, 2007).

La question de la pluri-méthodologie est récurrente en PSS. Moscovici (1961) a très tôt souligné la nécessité de recourir à des pluri-méthodologies pour étudier la connaissance d'un objet, de son organisation et de son utilisation par les individu·e·s et les groupes.

Les approches psychosociales dans le domaine de la santé nécessitent donc de recourir à des options méthodologiques qui dépassent l'opposition entre approche qualitative et approche quantitative (Fischer & Tarquinio, 1999).

3.2 Apport de la PSS au champ du VIH

Les comportements sexuels ont commencé à être étudiés au 19^{ème} siècle avec une volonté de dessiner les contours d'une sexualité dite normale versus anormale. La normalité étant définie à cette époque comme étant les comportements sexuels ayant pour but la reproduction en opposition à la sexualité pour le plaisir et principalement la sexualité homosexuelle. Cette vision de la sexualité va évoluer au cours du 20^{ème} siècle et la recherche va s'intéresser aux comportements sexuels à travers les notions de désir et de plaisir (Ogden, 2011).

L'étude de la sexualité-plaisir renvoie à des problématiques de santé publique comme la prévention des grossesses non désirées et le risque d'infections sexuellement transmissibles, notamment le VIH. De comportements sexuels, on est donc passés à l'étude de comportements à risque qui entrent dans le cadre de la promotion de la santé. Toutefois, l'étude des comportements sexuels en tant que comportements de santé est complexe dans le sens où la dimension d'interaction est indissociable du comportement sexuel (Ogden, 2011). Les approches traditionnelles en psychologie de la santé étudient les individu·e·s de façon isolée. La contextualisation proposée par la PSS est pertinente pour rendre compte du caractère central de l'interaction dans les comportements sexuels et de l'influence du contexte social sur les comportements sexuels des individu·e·s. C'est dans cette optique que Gold et Skinner (1992) ont mis en place une étude visant à étudier les facteurs situationnels associés aux comportements sexuels sans préservatif chez les jeunes HSH. Cette étude illustre une tentative de replacer les cognitions individuelles dans le contexte de la relation et du contexte social (Ogden, 2011). Les résultats montrent qu'il est possible de caractériser les facteurs situationnels associés aux comportements sexuels à risque (Gold & Skinner, 1992).

Par ailleurs, le chapitre de Morin et Apostolidis (2002) dans le traité de psychologie de la santé (Fischer, 2002) illustre par différents exemples l'apport du travail de contextualisation inhérent à la PSS au début de l'épidémie VIH. A cette époque, un des enjeux de santé publique était de transmettre les connaissances médicales en matière de prévention des risques d'infection à la population afin d'éviter de nouvelles contaminations dues à des comportements à risque,

notamment en matière de pratiques sexuelles. Très rapidement, le constat de la persistance de croyances erronées et de comportements de prime abord illogiques vis-à-vis du VIH, et ce malgré l'information du public, a été mis en avant (Calvez, 2004). C'est le cas notamment de l'attribut de contagiosité du VIH. La PSS a permis de mettre en évidence que cette croyance était en réalité un des principes organisateurs des représentations du VIH (Jodelet, 1989). Cet attribut de contagiosité était un facteur clé dans la détermination des comportements vis-à-vis des personnes infectées notamment en termes de distances maintenues ou non avec ces dernières. L'importance de cette croyance dans la gestion du risque VIH est renforcée par l'observation que des personnes proches de personnes séropositives sont davantage attachées à cette idée du risque de contagion que des personnes plus éloignées des malades. Cela illustre le fait que la proximité avec la maladie ne permet donc pas nécessairement de « corriger les fausses croyances » et souligne d'autant plus l'importance de prendre en considération la coexistence du savoir médical avec un savoir profane afin de mieux comprendre les prises de positions individuelles. La mise en place d'une approche psychosociale de ces questions a permis de dépasser l'opposition du savoir expert au savoir profane, afin de tendre vers une compréhension de la genèse et de la logique de ces fausses croyances. Cette croyance autour de la contagion pouvait donc soit servir de base pour la mise à distance avec les personnes malades en cas d'adhésion à celle-ci, soit en cas de rejet, servir de base à un refus de mettre de la distance et par là même d'utiliser le préservatif lors d'un rapport sexuel avec une personne séropositive. Un autre exemple présenté dans ce même chapitre (Morin & Apostolidis, 2002) concerne le rôle médiateur de la représentation de l'autre et du cadre relationnel sur la gestion du risque VIH. Les stratégies de prévention reposant sur la sélection des partenaires sur la base de la proximité émotionnelle et affective (confiance, sentiment amoureux, connaissance) avec le·la partenaire, malgré un niveau élevé d'information sur la prévention, ont rapidement été au cœur des recherches sur le VIH. La compréhension de ces comportements nécessite de dépasser la vision individualisante de la sexualité. La prise en compte des cultures relationnelles sur les comportements sexuels a permis d'éclairer les stratégies de prévention mises en œuvre par les individu·e·s. La sélection des partenaires sur la base de la confiance ou de la connaissance est associée par les sujets à une stratégie préventive à part entière qui peut se juxtaposer ou non à l'utilisation du préservatif. Elle permet de fixer les contours du risque et de dépasser la peur et la méfiance de l'autre dans un climat d'épidémie VIH. Les différentes stratégies de prévention ne sont pas exclusives les unes des autres (utilisation du préservatif, tri des partenaires), elles coexistent et sont mobilisées de façon séparée ou conjointe en fonction du rapport à l'autre (peur ou désir) et du contexte.

Ces deux exemples illustrent l'intérêt d'une approche contextualisée en psychologie de la santé pour comprendre les comportements individuels vis-à-vis du VIH. Dans le cadre de ce travail de thèse autour de la PrEP, la contextualisation des comportements sexuels et de prévention est d'autant plus importante qu'au delà de l'interaction sexuelle, il y a également l'interaction avec les professionnel·le·s de santé qui entre en compte. Cette dernière peut également influencer les comportements.

La prise en compte de cette interaction permanente entre les sujets et le contexte dans la relation à un objet peut se faire à travers une lecture spécifique des faits, le regard psychosocial.

3.3 Le regard psychosocial

Le regard psychosocial (RP) est une approche psychosociale qui permet de tenir compte de la contextualisation de l'individu·e dans son rapport au monde et aux objets. Le RP se caractérise par une lecture ternaire des situations et des relations qui est conceptualisée de la manière suivante : sujet individuel (*ego*) - sujet social (*alter*) – objet (physique ou social) (Figure 21). Le RP suppose une médiation constante de la relation *ego*-objet par la relation à autrui (Moscovici, 2014). Ce regard permet de prendre en compte plusieurs niveaux dans l'analyse d'une situation depuis les processus psychologiques individuels jusqu'aux situations sociales spécifiques dans lesquels les sujets sont insérés en passant par la prise en compte du macrocontexte (Apostolidis & Dany, 2012; Deschamps & Paez, 1999).

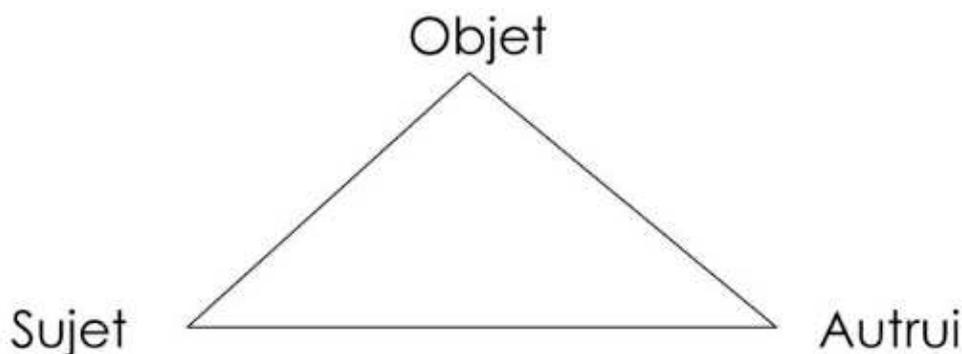


Figure 21. Le regard psychosocial (Moscovici, 2014).

La relation *ego*-*alter* sous-tend deux mécanismes de psychologie sociale selon que la présence de *l'alter* se traduit par une simple présence ou une interaction : la facilitation et l'influence sociale (Moscovici, 2014). De façon schématique, dans le premier cas, la présence d'autrui

amène l'individu·e à apporter des réponses familières et communes alors que, dans le second, l'individu·e est sous l'influence d'autrui ce qui l'amène à adopter les mêmes opinions (Moscovici, 2014).

Le rapport à la réalité (l'objet) dépend également de la conception de *l'alter* comme étant un *alter ego* ou uniquement un *alter*. En effet, la présence d'un *alter ego* favorise la mise en place d'un processus de comparaison sociale avec *l'ego* alors qu'un *alter* entraîne davantage un phénomène de reconnaissance sociale (Moscovici, 2014).

La relation *ego*-objet/réalité sera donc différente en fonction du type *d'alter* et de la nature des relations avec celui-ci,

La prise en compte de la relation à autrui est donc indispensable pour étudier le lien *ego*-objet. Selon Moscovici (2014), le RP met en évidence l'absence de séparation entre l'individuel et le collectif, le psychique et le social. Son application permet de prendre en compte le caractère simultanément psychologique et social des phénomènes. Le RP est donc une forme d'approche compréhensive visant à situer les individu·e·s dans un monde d'objets qui sont pensés et appropriés en relation avec autrui (dynamiques relationnelles et intergroupes), au cœur de processus d'inscription et de participation sociales (Morin & Apostolidis, 2002).

3.3.1 Regard psychosocial et interactionnisme

La PSS a pour particularité de s'enrichir de théories issues de différents domaines, dont la sociologie. Le courant interactionniste renvoie à une posture épistémologique constructiviste qui peut être commune aux différentes approches psychosociales. En effet, l'interactionnisme symbolique considère l'individu·e comme un·e acteur·rice interagissant avec les éléments sociaux et qui ne subit pas passivement les structures sociales dans lesquelles il·elle est inséré·e (Goffmann, 1974; Le Breton, 2004; Strauss & Baszanger, 1992). Les individu·e·s construisent activement leur univers de sens au sein du système social normatif à partir de leurs ressources et de leurs capacités d'interprétation. L'interaction et l'interprétation sont deux notions clés de l'interactionnisme par lesquelles les individu·e·s donnent des significations à leurs comportements et au monde qui les entoure. La connaissance se crée donc à travers l'interaction, le social et le culturel servant de boîte à outil pour interpréter le monde et le construire simultanément (Bruner, 2010; Le Breton, 2004).

En ce sens, le comportement individuel n'est ni tout à fait régi par un déterminisme social ni tout à fait régi par un libre arbitre (Le Breton, 2004; Strauss & Baszanger, 1992). Grâce à sa capacité réflexive, l'individu·e est libre de ses décisions dans un contexte qui n'est pas sans

l'influencer. La signification de ces comportements est puisée dans les codes, normes et valeurs de son groupe de référence (Le Breton, 2004).

Par ailleurs, l'interactionnisme place la relation et la réciprocité des actions comme principe d'analyse, l'interaction étant un champ d'influence mutuelle (Le Breton, 2004). Cette dernière est à la fois structurée et imprévisible dans le sens où la relation sous-jacente entre les individus est imprévisible mais forgée sur un socle d'attentes mutuelles. La situation d'interaction peut englober à la fois des individus présents, ou invisibles, chacun représentant son groupe d'appartenance et son influence.

Dans le champ de la santé et du VIH, la perspective de l'interactionnisme symbolique a permis d'étudier avec une approche compréhensive l'expérience de la séropositivité chez les femmes, cette dernière étant appréhendée comme un processus dynamique, où le sens est construit dans l'action (Manseau-Young, 2013). Une analyse des comportements sexuels à risque au prisme du courant interactionnisme a également permis de dépasser la recherche des variables expliquant la prise de risque pour obtenir une vision intégrée des variables entrant en jeu dans le champ de la prévention, en tenant compte des dimensions individuelles, sociales et relationnelles des comportements sexuels (Lafleur, Trottier, & Lindsay, 2003).

En somme, le regard psychosocial et le courant interactionniste se rejoignent autour des zones de congruence suivantes : l'influence de l'interaction du sujet et du social dans la relation au monde et aux objets, l'influence d'un autrui réel ou imaginaire dans la relation aux objets, au monde et aux autres et l'influence du social dans la construction de l'individu qui participe simultanément à l'élaboration de ce même monde social.

Ces deux cadres de pensée renvoient à des postures constructiviste et compréhensive qui permettent d'étudier la pensée sociale et les comportements individuels de façon contextualisée et socialement située.

4. L'approche psychosociale pour étudier l'intégration de la PrEP dans la gestion du risque VIH

4.1 La PrEP, objet représentationnel : contexte psychosocial et de santé publique d'introduction de la PrEP en France

La PrEP a été introduite en France avec l'essai clinique ANRS-IPERGAY qui avait pour but d'étudier l'efficacité de la PrEP à la demande chez les HSH à haut risque d'exposition du VIH (*i.e.*, ≤ 2 pénétrations anales sans préservatif avec des partenaires différents au cours des 6 derniers mois). La mise en place de cet essai a fait l'objet de nombreuses controverses dans la

communauté scientifique et au sein même de la communauté HSH. En effet, des activistes *gays*, des associations comme Act-Up ou Asigp-VIH ou encore des médecins, ont remis en cause le *design* de l'essai, voire même la PrEP comme stratégie de prévention (Gratiet-taicher, 2012; Latapie, 2017a, 2017b; Perrotin, 2012). La présence d'un bras placebo, alors que l'efficacité de la PrEP en continu était déjà documentée dans d'autres pays, n'était pas éthique selon ces dernier·ère·s. D'autre part, le principe même de médicalisation de la prévention était mis en cause ainsi que son coût au détriment d'autres stratégies de prévention. La crainte d'une « désinhibition sexuelle » s'était également fait entendre de la part de certains acteur·rice·s.

L'essai ANRS-IPERGAY a été conçu en collaboration avec l'association AIDES afin de développer un protocole de recherche communautaire. Malgré son implication dans le recrutement des participants, le contexte polémique autour de l'essai a entraîné des difficultés d'inclusion. Pour y pallier, différents centres d'études ont été ouverts en France ainsi qu'un centre à Montréal. A cette occasion, le sociologue Gabriel Girard impliqué dans le conseil scientifique de l'essai, a dressé un état des lieux des débats qui sont intervenus autour de la PrEP et de l'essai au Québec (Girard, 2016a). Il a là-aussi observé une scission dans le paysage communautaire avec d'un côté des organisations communautaires qui soutenaient l'essai et la PrEP et d'un autre côté des organisations qui s'y opposaient vivement. Ainsi le groupe *Warning*, proche d'Act-up Paris, reprochait à l'essai l'utilisation d'un bras placebo ce qui revenait, selon eux, à considérer les HSH comme des « cobayes » alors que la PrEP en continu venait d'être approuvée aux Etats-Unis. PolitiQ-Queer solidaires, un autre groupe militant, se positionnait contre l'essai avec des arguments similaires et dénonçait également l'implication d'organismes communautaires dans l'essai et leur absence de position critique face à cette situation. D'autres prises de position, plus éparses, se firent entendre. Certaines contre l'essai, d'autres contre la PrEP elle-même pour différentes raisons (accentuation des inégalités Nord-Sud dans l'accès aux ARV ; focalisation sur la PrEP au détriment d'autres problématiques).

Que ce soit en France ou au Québec, les discours contre l'essai soulignaient les potentiels conflits d'intérêt des acteur·rice·s de recherche et relevaient les enjeux capitalistes liés à la PrEP (Girard, 2016a).

Ces scissions communautaires autour de l'essai ont conduit au recrutement des HSH les plus favorables à la mise en œuvre de la PrEP.

L'introduction de la PrEP en France a donc fait l'objet de vives réactions (positives et négatives), au sein des communautés HSH et associatives et également au sein de la communauté médicale, réactions qui peuvent permettre de la qualifier « d'objet tensionnel » (Kalampalakis & Apostolidis, 2016).

Dans une perspective socio-génétique des RS (Kalampalikis & Apostolidis, 2016), la PrEP peut être envisagée comme un nouvel objet représentationnel dans le champ de la prévention du VIH qui, dans l'essai ANRS-IPERGAY, met en relation plusieurs groupes sociaux : les médecins, les participants HSH à haut risque d'acquisition du VIH et la communauté HSH à travers l'association AIDES. Comme le rappelle Laurens (2006), les prises de position à l'égard d'un objet sont fonction du contexte, de la situation et des interlocuteur·rice·s présent·e·s. Autrui et son influence sont les médiateurs à travers lesquels les individu·e·s peuvent se construire et élaborer leur rapport au monde et aux objets (Laurens, 2006; Moscovici, 2014). Le rapport des HSH à la PrEP et à la gestion du risque VIH associée résulte donc des interactions, des prises de position et des relations de ces trois groupes entre eux (médecins, HSH, AIDES) et à l'égard de la PrEP (Laurens, 2006). Cela confirme l'intérêt d'une approche psychosociale du risque VIH dans un contexte d'essai de PrEP. Et ce, d'autant plus que l'introduction de la PrEP dans le champ de la prévention du VIH peut avoir des effets sur plusieurs composantes sociales de l'individu et du groupe HSH.

Le point commun entre le regard psychosocial, l'interactionnisme symbolique ou encore l'approche des RS, c'est le besoin d'une lecture multi-niveaux.

4.2 Une lecture multi-niveaux de la gestion du risque à l'ère de la PrEP

La PSS prône l'analyse de situations de santé à travers une grille de lecture multi-niveaux. Comme nous venons de le voir, l'intégration de la PrEP parmi les outils de prévention du VIH en France implique la mise en relation de plusieurs acteurs (HSH, médecins et AC). L'appropriation de la PrEP dans la gestion du risque des HSH est influencée par ces différentes interactions. L'approche multi-niveaux de Doise (1986) permet d'intégrer ces différentes interactions dans une vision globale et compréhensive de l'appropriation de la PrEP et du risque VIH par les HSH. Pour cela, Doise (1986) propose en effet de prendre en compte quatre niveaux d'explications. Premièrement, le niveau intra-personnel renvoie aux processus intra-personnels autrement dit les perceptions qu'a une personne de son environnement, de son milieu social ou de ses comportements. C'est dans ce niveau que peuvent se situer les attitudes, croyances et perceptions individuelles autour du risque VIH et de la prévention. Le deuxième niveau est le niveau interpersonnel et situationnel qui concerne les processus interpersonnels impliqués dans une situation donnée. Ce niveau étudie les dynamiques relationnelles (conflits ou tensions par exemple) qui émergent entre des individu·e·s dans une situation donnée. Ce niveau d'analyse peut permettre d'étudier la dynamique relationnelle lors d'une rencontre sexuelle autour de la négociation du rapport et des stratégies de prévention. Le troisième niveau, le niveau

positionnel prend en compte l'effet des positions sociales différentes sur l'interaction entre différents sujets et ce que cela implique en termes de mondes sociaux et représentationnels préexistants à l'interaction. C'est dans ce niveau que peut être analysée l'influence des relations patient·e·s-médecins, médecin-AC et patient·e·s-AC sur l'appropriation de la PrEP par les HSH. Enfin, le dernier niveau, le niveau idéologique, concerne les idéologies, les systèmes de croyances, de représentations, de normes et de valeurs de la société dans laquelle se situent les individu·e·s étudié·e·s (la France dans notre cas).

4.3 Le regard psychosocial et la lecture multi-niveaux autour du risque VIH et de la PrEP

Compte-tenu des éléments vus précédemment, le RP (Moscovici, 1998) peut être une grille de lecture pertinente pour analyser la reconfiguration de la gestion du risque des HSH utilisateurs de la PrEP. En effet, il permet de prendre en compte le caractère simultanément individuel et social des situations d'interactions et l'interdépendance de l'individu·e et du social. En ce sens, les différents niveaux d'explication de Doise peuvent être pris en considération à travers la lecture ternaire du RP.

Nous avons vu dans le chapitre concernant le risque que des auteur·e·s comme Paicheler (1997) ou Calvez (2004) permettent de penser l'exposition au risque VIH comme une situation sociale. En tant que telle, la gestion du risque VIH est influencée par le contexte social et les interactions dans lesquelles elle s'inscrit. Plusieurs éléments permettent d'illustrer le caractère social des comportements à risque : ils sont en partie issus d'un apprentissage social (socialisation, normes) et sont souvent réalisés en présence d'autrui.

Une approche psychosociale et multi-niveaux de la gestion du risque VIH (Figure 22) permettrait de prendre en considération la part du social, de la culture et du relationnel dans les stratégies individuelles de prévention du VIH. De plus, l'intégration de la PrEP dans les stratégies d'adaptation au risque VIH dépend des relations et des systèmes de pensée préexistants quant aux moyens de prévention disponibles antérieurement.

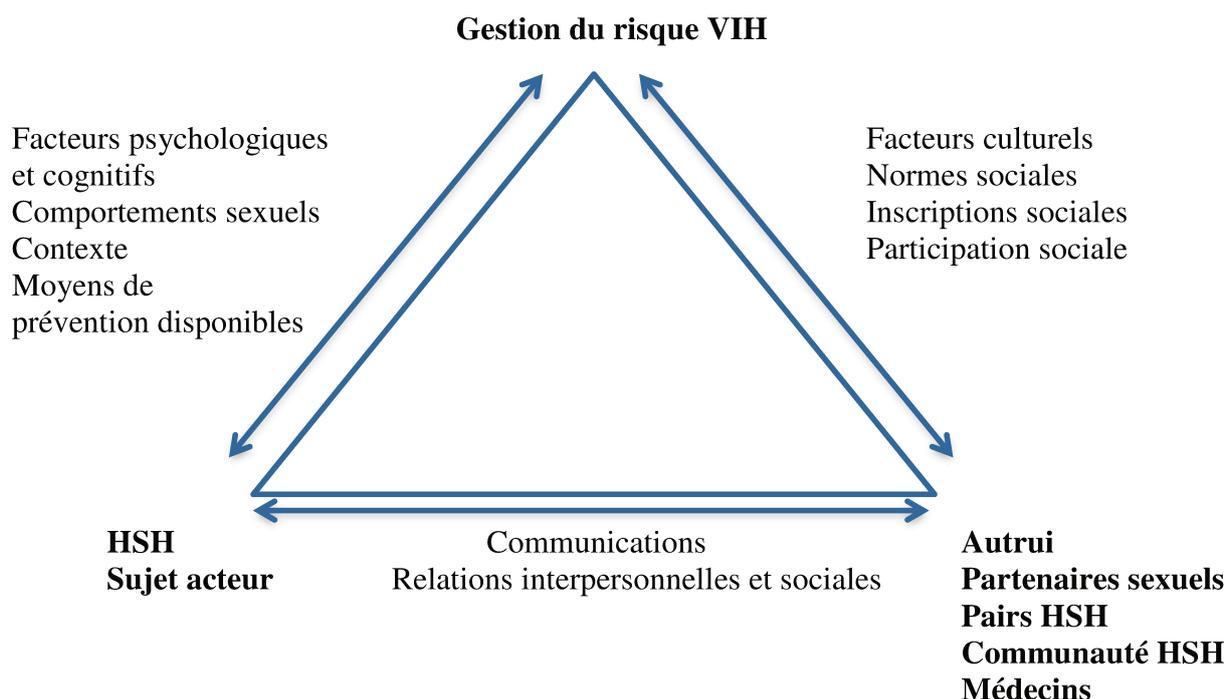


Figure 22. Regard psychosocial sur la gestion du risque VIH.

4.4 La recherche communautaire comme terrain d'application de l'impact psychosocial de la PrEP

Comme nous l'avons vu, la PrEP a été introduite en France par le biais d'une recherche communautaire (ANRS-IPERGAY). Dans le premier chapitre, nous avons vu, d'une part, qu'elle était caractérisée par l'implication des communautés et plus particulièrement, par une démarche ascendante dans la définition des besoins de santé (Demange et al., 2012). Et d'autre part, nous avons exposé le double objectif de la recherche communautaire qui est de contribuer à la connaissance scientifique concernant les groupes minoritaires ou vulnérables et de renforcer les capacités des communautés impliquées dans une visée de transformation sociale (Demange et al., 2012).

La recherche communautaire a plusieurs ancrages dont le modèle écologique du développement humain (EDH) de Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 1979, Figure 23). Issue du courant de pensée socio-constructiviste et de la systémie, la théorie EDH repose sur le principe que « l'écologie du développement humain implique l'étude scientifique de l'adaptation progressive et mutuelle entre un être humain en développement et les changements des milieux dans lesquels il vit ». (Bronfenbrenner, 1979, p 348). Bronfenbrenner (1979) propose une conceptualisation de l'environnement écologique de l'être humain à travers quatre systèmes.

Le premier, le *microsystem* représente les relations de l'être humain avec ses différents groupes d'appartenance et ses différents contextes d'insertion (famille, école, emploi, cercle amical etc.). Le second, le *mesosystem*, représente les interrelations entre les différents groupes d'appartenance et contextes de vie présents dans le *microsystem*. Le troisième système, l'*exosystem*, est une extension du *mesosystem* qui concerne les institutions et les structures sociales qui influencent les systèmes précédents dans lesquels l'être humain est engagé. Enfin, le dernier système, le *macrosystem*, se différencie des derniers car il ne renvoie pas aux contextes spécifiques d'insertion et aux structures sociales susceptibles d'influencer le développement de l'être humain, mais aux systèmes institutionnels dans leur globalité, présents dans la culture (système économique, social, légal, politique) dans lesquels viennent s'ancrer les autres systèmes. Les *microsystem*, *mesosystem*, l'*exosystem* sont des traductions concrètes du *macrosystem* (Bronfenbrenner, 1977).

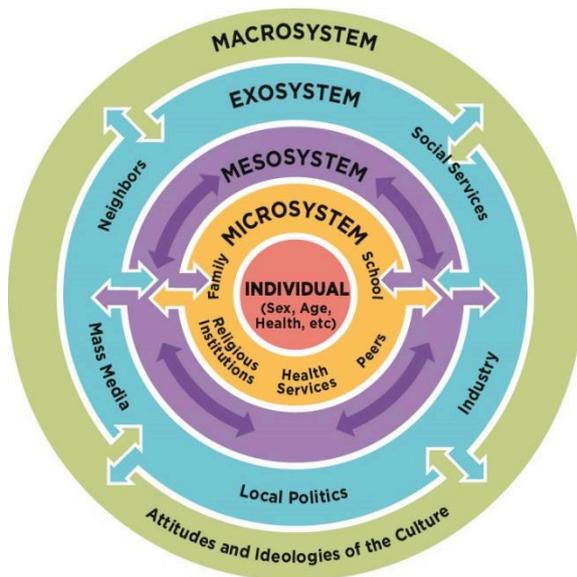


Figure 23. Modèle écologique du développement humain (Bronfenbrenner, 1979).

Les individu·e·s ne sont pas figé·e·s dans leur environnement, des « transitions écologiques » se mettent en place lors de leur développement ou en cas de changement (de rôle, de statut social etc.). La vie de l'être humain est ainsi émaillée de transitions (Absil, Vandoorne, & Demarteau, 2012).

La recherche communautaire s'ancore sur ce modèle à différents niveaux ; premièrement par la prise en compte de la communauté et des individu·e·s dans leur environnement de vie ; et deuxièmement, parce que c'est sur les transitions écologiques que se base la transformation sociale de la recherche communautaire. En effet, la recherche communautaire vise à renforcer

les capacités des communautés, en développant le pouvoir d'agir (*empowerment*) des individu·e·s (Demange et al., 2012; Morin et al., 2012). Ce changement de rôle peut être à l'origine d'une transition écologique. De plus, dans le cadre de l'essai ANRS-IPERGAY, l'accès à la PrEP peut également représenter un changement du milieu de vie des HSH.

La recherche communautaire et l'approche psychosociale/multi-niveaux partagent des ancrages théoriques et des postures épistémologiques communes. Les fondements mêmes de la recherche communautaire, par la prise en compte des besoins spécifiques des communautés et la volonté de modifier le contexte d'accès aux soins et à la prévention par l'implication des pairs, renvoie à l'épistémologie constructiviste. Mobiliser des approches psychosociales dans un essai de type recherche communautaire pour étudier l'influence du contexte sur la gestion du risque VIH est donc particulièrement pertinent. La recherche communautaire est donc un lieu propice à l'étude contextualisée et multi-niveaux des comportements sexuels et de la gestion du risque VIH à l'ère de la PrEP.

Synthèse :

Dans ce chapitre nous avons vu les différentes approches qui coexistent en psychologie de la santé, des approches prédictives aux approches compréhensives. Dans le cadre de notre travail de thèse, nous avons vu que la mobilisation d'une approche constructiviste et psychosociale en psychologie de la santé avait déjà montré ses bénéfices en terme de compréhension des comportements individuels à l'égard du VIH/SIDA (Morin & Apostolidis, 2002). En ce sens, c'est dans cette perspective que cette thèse s'est développée. L'étude de la gestion du risque VIH chez les HSH inclus dans un essai de PrEP communautaire nécessite, compte-tenu des spécificités de la recherche communautaire et des acteur·rice·s concerné·e·s, de mobiliser une approche qui tient compte du contexte : contexte de recherche communautaire, contexte de reconfiguration des options préventives disponibles, contexte relationnel entre les différent·e·s acteur·rice·s de l'essai, contexte des comportements sexuels. Dans ce contexte, les approches prédictives en psychologie de la santé sont peu adaptées à notre objet de recherche. La contextualisation et la prise en compte du social, proposées par la PSS, semblent plus pertinentes. Nous avons vu dans ce chapitre les différentes façons de mobiliser une approche psychosociale. Le point commun de celles-ci est la nécessité d'avoir une lecture multi-niveaux, que ce soit par la lecture ternaire du regard psychosocial (Moscovici, 1998), par le biais des RS (Kalampalakis & Apostolidis, 2016), ou encore l'explication multi-niveaux (Doise, 1986).

L'ancrage psychosocial pour étudier la gestion du risque VIH dans ce contexte spécifique de thèse pourrait permettre d'apporter une vision compréhensive-constructiviste de l'intégration de la PrEP dans les stratégies de prévention des HSH ainsi que les enjeux relationnels associés. Cela laisse également une liberté quant aux choix méthodologiques à mettre en place pour y parvenir.

Chapitre 5 Problématique et objectifs de recherche

Le nombre de nouvelles infections VIH s'élève à 1.8 millions en 2017 (ONUSIDA, 2018) et le SIDA est encore responsable d'un million de décès par an dans le monde (Barré-Sinoussi, 2018). La prévention du VIH reste donc un enjeu majeur de santé publique auquel les sciences humaines et sociales peuvent apporter une contribution.

Le VIH touche de façon inégale différentes populations. Dans le cas de la France, les HSH restent la population la plus concernée par l'épidémie (Supervie, Marty, Lacombe, Dray-Spira, & Costagliola, 2016b) principalement du fait d'une utilisation insuffisante du préservatif. Plusieurs freins ont été mis en exergue comme la perte de plaisir sexuel ou l'association du préservatif à un manque d'intimité avec le partenaire (Calabrese et al., 2012; Golub et al., 2012; Mabire et al., 2019). C'est dans ce contexte que l'évaluation de la PrEP comme nouvelle technologie de prévention a été pensée dans les pays du Nord. La PrEP représente une médicalisation de la sexualité qui permet une protection du VIH par anticipation et n'intervient donc pas pendant l'acte sexuel. Bien que la PrEP rende plus prégnante la présence médicale dans la vie sexuelle, les freins associés au port du préservatif pourraient être des leviers pour son utilisation. L'utilisation de la PrEP est une innovation préventive mais également une innovation sociale dans le sens où elle permet la légitimation de certains comportements sexuels considérés jusqu'à présent comme « à risque » au regard du VIH, au sein d'une population stigmatisée pour sa sexualité (Alonzo & Reynolds, 1995; Goffman, 2012).

La PrEP a été introduite en France par le biais d'une recherche communautaire (ANRS-IPERGAY). Cela signifie que la communauté HSH, via l'association communautaire non gouvernementale AIDES, a été impliquée en amont de l'essai afin de s'assurer que l'accès à la PrEP correspondait à un besoin des HSH, mais aussi dans la mise en place et dans le suivi de l'essai. Cette implication communautaire crée de fortes attentes vis-à-vis des résultats opérationnels de l'étude.

Dans ce contexte, il paraît important d'étudier la façon dont la PrEP s'intègre dans les stratégies de prévention, les pratiques sexuelles et la gestion du risque des HSH. *A priori* la PrEP vient répondre à un besoin de la communauté HSH face au risque VIH. Pour autant, permet-elle une reconfiguration de sa gestion du risque ? Quels sont les déterminants psychosociaux impliqués dans la gestion du risque VIH?

La mise en œuvre de la PrEP implique également la communauté médicale. La PrEP, en tant que technologie innovante dans le champ de la prévention, crée une situation où les médecins doivent gérer le suivi d'un traitement avec une surveillance médicale importante chez des patient·e·s non porteur·se·s d'une maladie chronique. L'espace de la prise en charge des patient·e·s est un espace qui évolue au gré des avancées scientifiques, technologiques et idéologiques de la pratique médicale – ces évolutions pouvant entraîner une reconfiguration des identités et des pratiques professionnelles (Morin, 2004). Le double-contexte de recherche communautaire et d'évaluation d'un traitement préventif est un élément qui peut favoriser l'émergence d'un nouveau rôle du patient pendant les consultations médicales et donc avoir des répercussions également sur celui du médecin. De plus, la consultation et la forme que prend la communication patient-médecin sont des déterminants importants de l'adhésion ou de la non adhésion des HSH au protocole de PrEP (Morin, 2004) et de l'adhésion des médecins aux protocoles thérapeutiques qu'ils·elles prescrivent (Myers & Midence, 1998). En ce sens, l'adhésion des HSH à la PrEP peut varier en fonction de l'adhésion des médecins à son égard et de la nature de leurs interactions avec ces dernier·ère·s.

La prescription de la PrEP dans l'essai ANRS-IPERGAY implique un dernier acteur, les AC. En effet, le protocole de l'essai inclut des sessions de *counseling* communautaire au même rythme que le suivi médical au sein du service hospitalier. Des études dans le champ de la prévention du VIH ont montré que la présence des AC était associée à une meilleure satisfaction liée à l'étude des participants (Préau et al., 2016).

La prescription de la PrEP implique donc trois acteurs, les HSH, les médecins et les AC. Quelle va être l'effet de cette alliance thérapeutique, au sens de collaboration et de partenariat, entre les participants, les médecins et les AC, dans le but d'accomplir les objectifs fixés ensemble (Bioy & Bachelart, 2010) sur la gestion du risque VIH des HSH ?

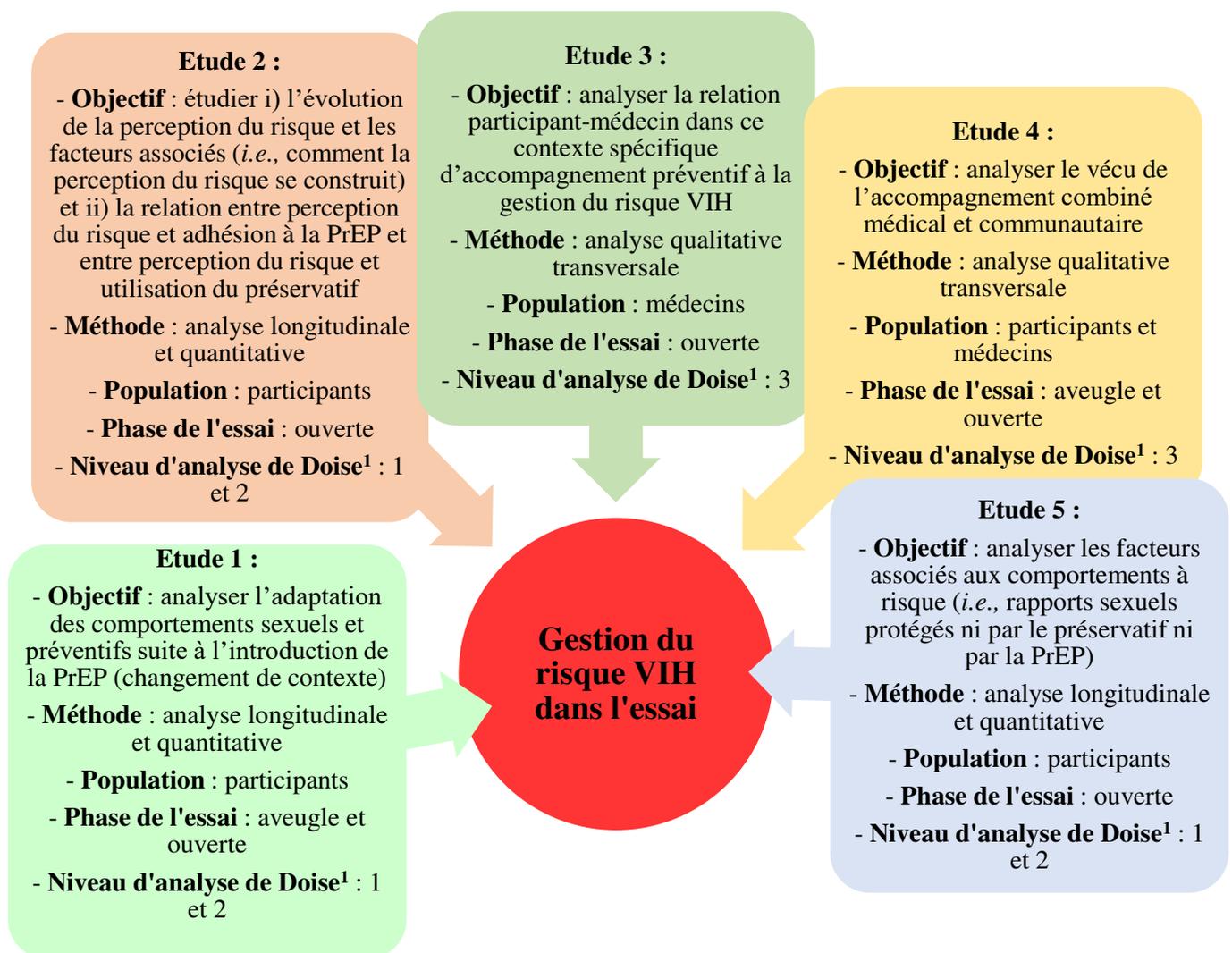
Le besoin d'une lecture globale de l'appropriation de la PrEP dans les stratégies de gestion des risques VIH des HSH qui prend en compte l'effet du contexte de prescription (recherche communautaire, relation patient-médecin) nécessite une approche compréhensive, située et multi-niveaux qui peut être apportée par la psychologie sociale de la santé.

La mise en œuvre de la PrEP dans une population HSH à haut risque d'infection, et se reconnaissant comme telle (cf. critère d'éligibilité de l'étude ANRS-IPERGAY), pourrait conduire à une transition écologique (Absil, Vandoorne, & Demarteau, 2012) de ce groupe *via* un *empowerment* communautaire.

Cette thèse vise à apporter un éclairage compréhensif sur la gestion du risque VIH des HSH à haut risque d'infection à l'ère de la PrEP par la mobilisation d'une approche psychosociale du risque ancrée dans la psychologie sociale de la santé. Le risque est entendu au sens de « caractéristique que des individus ou des groupes d'individus attribuent à des situations marquées par des incertitudes et des dangers » (Calvez, 2004, p176) dans une perspective où la perception du risque est le résultat d'une combinaison de facteurs incluant notamment les conditions psychologiques et sociales liées au contexte.

L'approche psychosociale de la gestion du risque VIH à l'ère de la PrEP est mobilisée à travers l'articulation de plusieurs niveaux d'explication (Doise, 1986) et notamment par l'analyse conjointe des niveaux intra et inter personnel. C'est-à-dire, par une contextualisation des comportements sexuels et préventifs ainsi que de la perception du risque des HSH. Ces deux niveaux d'explication ne sont pas étudiés distinctement car il paraît difficile, dans une perspective psychosociale et compréhensive, de décontextualiser les comportements du cadre relationnel et situationnel dans lesquels ils s'inscrivent (Morin & Apostolidis, 2002). Le niveau d'explication positionnel est également mis en perspective avec les comportements sexuels et préventifs par leur articulation avec le contexte d'accès à la PrEP et la nature des relations entre les médecins prescripteurs, les participants et les AC. Les résultats de ces articulations sont ensuite replacés dans le contexte de la France, de ses normes et de ses lois et de la place de ces différents groupes sociaux dans la société pour illustrer le dernier niveau de Doise.

Pour répondre à cet objectif global, plusieurs sous-objectifs ont été définis à travers la mise en place de plusieurs études (Figure 24). Ces objectifs font appel à des méthodologies différentes. L'intérêt d'utiliser des méthodes mixtes sera présenté dans le prochain chapitre, ainsi qu'une description complète et détaillée de l'essai ANRS-IPERGAY, cadre empirique de cette thèse.



¹ 1 = niveau intra-personnel ; 2 = niveau interpersonnel ; 3 = niveau positionnel et 4 = niveau idéologique

Figure 24. Questions de recherches et méthodologies de la thèse.

Chapitre 6 Méthode

1. Présentation de l'essai ANRS-IPERGAY

L'essai ANRS-IPERGAY (2012-2016) était une recherche communautaire ayant pour objectif d'évaluer l'efficacité de la PrEP à la demande basée sur l'activité sexuelle (2 comprimés 2h avant un rapport sexuel à risque, un 3ème 24h après la première prise et un dernier 48h après) en prévention du VIH chez les HSH exposés à un fort risque d'infection en France et au Canada (Molina et al., 2015). Dans un premier temps (2012-2014), l'essai était randomisé en double-aveugle (*DBP*), c'est-à-dire que les participants étaient aléatoirement répartis dans le bras placebo ou dans le bras PrEP à la demande. Ni les participants, ni les médecins ne connaissaient la répartition. L'objectif majeur de cette randomisation en double-aveugle était de permettre l'évaluation de l'efficacité clinique de la PrEP à la demande basée sur l'activité sexuelle. Après 24 mois de suivi des participants, une réduction de l'incidence de 86% du VIH dans le bras PrEP *versus* placebo a été observée (Molina et al., 2015). Dans ce contexte, le *design* de l'essai a été modifié et l'essai s'est poursuivi en phase ouverte (*OLE*), c'est-à-dire sans bras placebo (Figure 25). Dans cette phase, tous les participants avaient donc accès à la PrEP et aux informations quant à son efficacité. Cette dernière période a permis de montrer une réduction du VIH de 97% par rapport au bras placebo de la phase *DBP* (Molina et al., 2017). La phase *OLE* de l'étude a permis d'observer l'appropriation de la PrEP chez les participants tant du point de vue médical (effets secondaires, tolérance) que du point de vue socio-comportemental (adhésion, évolution des comportements).

Durant les deux phases, le protocole de l'essai prévoyait un suivi médical et communautaire (réalisé par des membres de l'association AIDES sous forme de *counseling*) des participants tous les deux mois. Ceux-ci avaient également accès à cette occasion à du matériel de prévention (gel lubrifiant, préservatif, matériel d'injection neuf).

L'essai s'est déroulé dans six sites d'études en France, dont deux à Paris et un à Nantes, Lille, Lyon et Nice. Un dernier centre se trouvait à Montréal.

Les principaux critères d'inclusion étaient d'être HSH ou transgenre femme (TF), d'avoir des rapports sexuels avec des hommes, d'être séronégatif, d'avoir au moins 18 ans et de présenter un fort risque d'acquisition du VIH caractérisé par le fait d'avoir eu au moins deux rapports anaux sans préservatif avec des partenaires différents au cours des six derniers mois.

Bien que l'objectif de l'essai était d'évaluer l'efficacité de la PrEP à la demande, les participants recevaient également des conseils et des préconisations de la part des médecins et des AC allant

dans le sens d'une réduction globale des prises de risque et notamment d'utiliser la PrEP de façon combinée au préservatif.

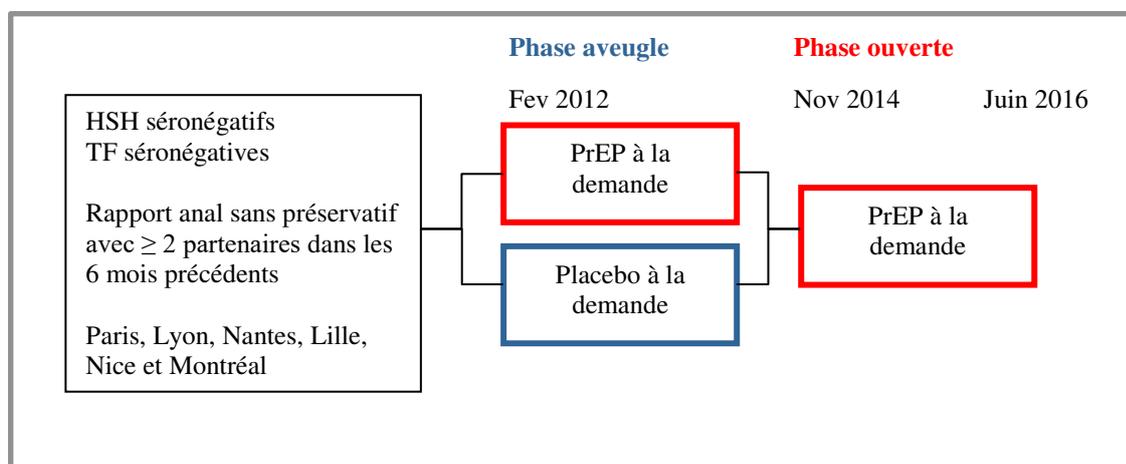


Figure 25. Design de l'essai ANRS-IPERGAY.

Le protocole de l'essai ANRS-IPERGAY a été approuvé par les autorités de santé publique et par des comités d'éthique en France (Comité de Protection des Personnes Ile de France IV) et au Canada (Comité d'Éthique de la Recherche de Montréal). Tous les participants ont également fourni un consentement écrit. L'amendement au protocole initial concernant l'extension en phase ouverte de l'essai a également été approuvé par les autorités de santé publique et par des comités d'éthique en France (Comité de Protection des Personnes, Paris, Ile de France IV) et au Canada (Comité d'éthique de la recherche, Montréal, QC). Tous les participants ont fourni un consentement oral pour participer à cette phase de l'étude et 98% des participants ont également fourni un accord écrit.

1.1. Présentation de la population d'étude de l'essai ANRS-IPERGAY²

Le nombre total de participants inclus dans l'essai est de 428 (Tableau 2). L'âge des participants s'étend de 19 à 61 ans avec une répartition relativement proportionnelle entre chaque tranche d'âge. Une grande majorité des participants avait un niveau d'étude supérieur ou égal au bac (74.3%) ainsi qu'un emploi (85.0%). Environ la moitié a rapporté avoir déjà eu un épisode dépressif au cours de la vie (51.6%). Concernant leurs comportements sexuels, le nombre moyen de rapports sexuels au cours des quatre dernières semaines est de 14.1 et le nombre moyen de partenaires sexuels au cours des deux derniers mois est de 18.5. Ces données sont issues des données déclarées à l'inclusion des participants.

² Afin d'alléger la lecture des résultats et d'éviter des répétitions, la présentation des populations d'étude (participants et médecins) est faite dans ce chapitre méthode.

Tableau 2

Caractéristiques des participants de l'essai ANRS-IPERGAY à leur inclusion (n=428)

Caractéristiques à l'inclusion des participants	Effectif (n=428)	% ou moyenne
Age (quartiles)		
19-29	121	28.40
30-35	105	24.65
36-42	101	23.71
43-61	99	23.24
Diplôme supérieur au bac		
Non	110	25.70
Oui	318	74.30
En emploi (déclaré)		
Non	64	14.95
Oui	364	85.05
A consommé des anxiolytiques, 12 DM		
Régulièrement	27	6.31
Souvent	11	2.57
Parfois	82	19.16
Jamais	308	71.96
A consommé des antidépresseurs, 12 DM		
Régulièrement	33	7.71
Souvent	9	2.10
Parfois	23	5.37
Jamais	363	84.81
A déjà eu une dépression		
Oui, ces 12 derniers mois	95	22.20
Oui, avant	126	29.44
Non, jamais	207	48.36
Nombre de rapports au cours des 4 dernières semaines [0;150]	383	12.4 (14.1)
Nombre de partenaires au cours des deux derniers mois [0;200]	413	11.3 (18.5)

Cependant, les 428 participants n'ont pas nécessairement participé aux deux phases (Figure 26 et 27). Certains ont uniquement participé à la phase *DBP* (n=400) et inversement certains participants ont été inclus uniquement dans la phase *OLE* (n=361). Trois cent trente-deux participants ont participé aux deux phases.

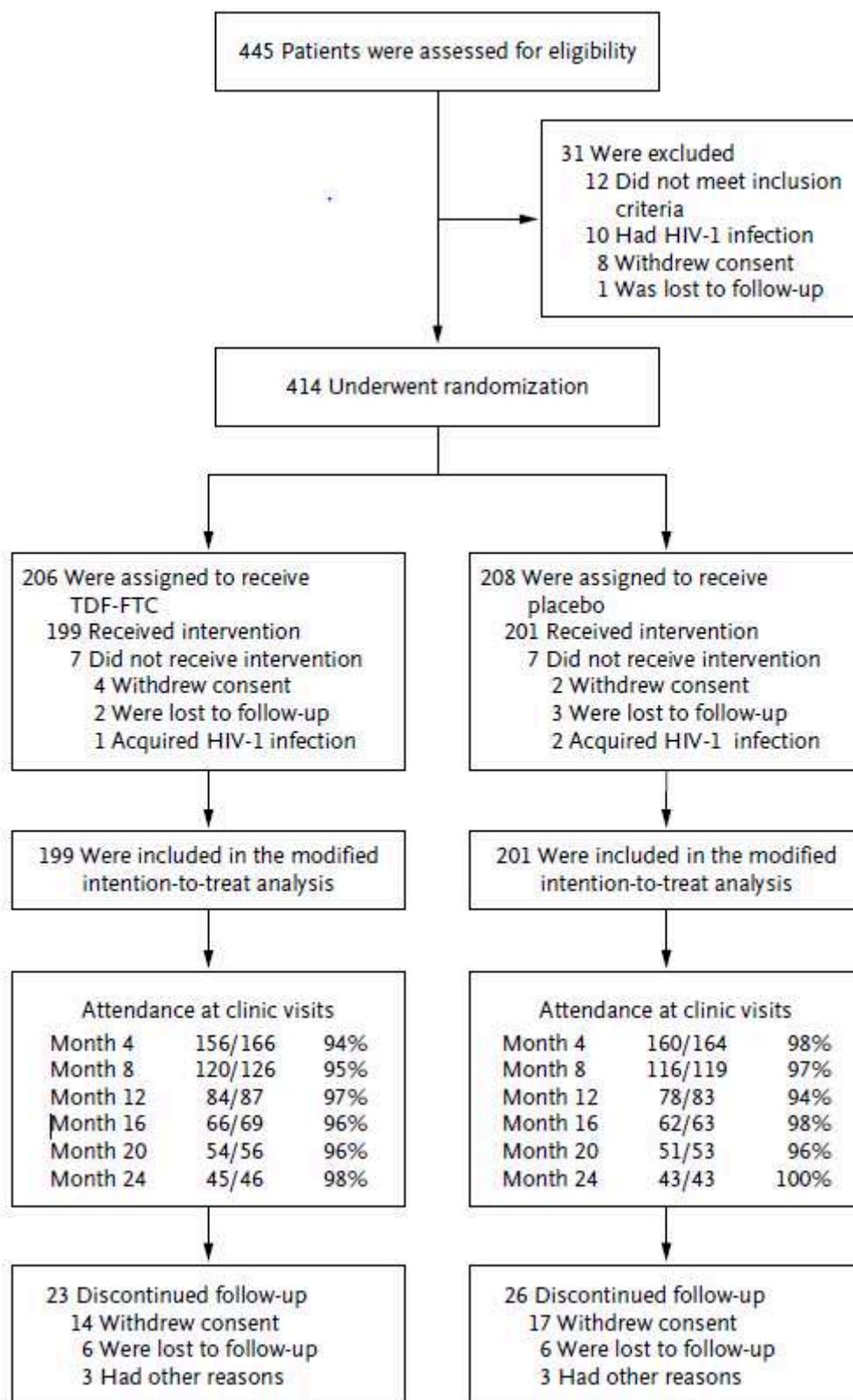


Figure 26. Inclusion et suivi des participants dans la phase DBP (Molina et al., 2015).

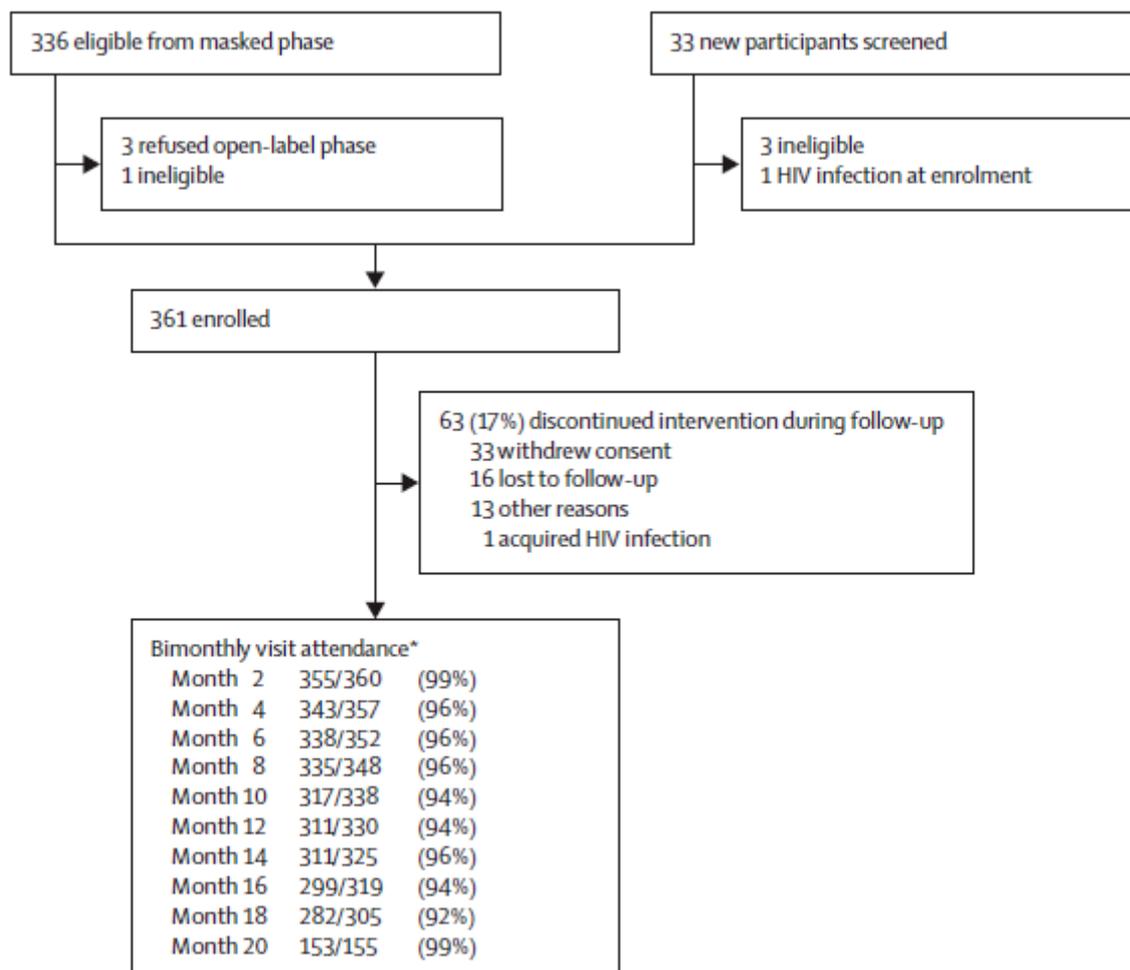


Figure 27. Inclusion et suivi des participants dans la phase OLE (Molina et al., 2015)

Dans le cadre de cette thèse, des analyses ont été réalisées sur les participants ayant participé aux deux phases (Tableau 3), ainsi que sur ceux ayant uniquement participé à la phase OLE (Tableau 4).

Lors de l'inclusion (Tableau 3), 25.8% des 332 participants ayant participé aux phases DBP et OLE avaient un niveau d'éducation strictement supérieur au bac avec un âge médian[IIQ] de 36[29-43]. La majorité avait un emploi (84.2%). Presque la totalité se déclarait gay (96.5%) et 41.9% avec un partenaire principal dont 61.3% étaient séronégatifs. Concernant les comportements sexuels, le nombre médian de rapports sexuels au cours des quatre dernières semaines était de 10[5-18] et le nombre médian de partenaires sexuels au cours des deux derniers mois de 8.3[5-16]. Enfin, la moitié (55.6%) a déclaré avoir consommé des drogues à usage récréatif au cours des douze derniers mois.

Concernant les 361 participants de la phase OLE (Tableau 4), l'âge médian était de 37[30-44] avec un niveau d'éducation strictement supérieur au bac pour 8.7% d'entre eux. La grande

majorité avait également un emploi (83.1%). La quasi totalité (92.7%) des participants se considérait comme gay. Un peu moins de la moitié (41.4%) avait un partenaire principal, dont 59.2% étaient séronégatifs et 29.2% séropositifs avec une CV indétectable, et avait déclaré consommer des drogues à usage récréatif au cours des douze derniers mois (44.1%). Concernant les comportements sexuels, le nombre médian de rapports sexuels au cours des quatre dernières semaines était de 9.5[5-15] et le nombre médian de partenaires sexuels au cours des deux derniers mois de 7[3-15].

Tableau 3

Principales caractéristiques des participants ayant participé aux deux phases de l'essai lors de leur inclusion (ANRS-IPERGAY, n= 332)

	Médiane [IIQ] ou n (%)
Age ^a	36 [29-43]
Niveau d'éducation ^b	
< Baccalauréat	85 (25.8)
≥ Baccalauréat	244 (74.2)
Orientation/identité sexuelle ^c	
Gay	305 (96.5)
Bisexuel	10 (3.2)
Trans / transsexuel / transgenre	1 (0,3)
En emploi ^a	
Non	52 (15.8)
Oui	278 (84.2)
Partenaire principal masculin ^b	
Non	191 (58.1)
Oui	138 (41.9)
Statut sérologique du partenaire principal masculin ^d	
Négatif	84 (61.3)
Positif	43 (31.4)
Ne sait pas	10 (7.3)
Consommation de drogues récréatives au cours des 12 derniers mois ^e	
Non	179 (55.6)
Oui	143 (44.4)
Nombre médian de rapports sexuels au cours des 4 dernières ^f	10 [5-18]
Nombre médian de partenaires sexuels au cours des 2 derniers mois ^d	8.3 [5-16]

^a 2 valeurs manquantes

^b 3 valeurs manquantes

^c 16 valeurs manquantes

^d 1 valeurs manquantes

^e 10 valeurs manquantes, drogues : ecstasy, mdma, cocaïne, crack, GH/GBL, speed, Meta amphétamines, Crystal

^f 5 valeurs manquantes

Tableau 4

Principales caractéristiques des participants ayant participé uniquement à la phase OLE lors de leur inclusion (ANRS-IPERGAY, n= 361)

	Médiane [IIQ] ou n (%)
Age ¹	37 [30-44]
Orientation/identité sexuelle ²	
Gay	331 (92.7)
Bisexuel	11 (3.1)
Trans / transsexuel / transgenre	1 (0.2)
Niveau d'éducation ³	
<= Baccalauréat	31 (8.7)
> Baccalauréat	324 (91.3)
En emploi ⁴	
Non	60 (16.9)
Oui	26 (83.1)
Partenaire principal masculin ³	
Non	208 (58.6)
Oui	147 (41.4)
Statut sérologique du partenaire principal	
VIH -	87 (59.2)
VIH + avec CV indétectable	43 (29.2)
VIH + avec CV détectable ou inconnue	5 (3.4)
Inconnu	12 (8.1)
Consommation de drogues récréatives au cours des 12 derniers mois ⁵	
Non	199 (55.9)
Oui	157 (44.1)
Nombre médian de rapports sexuels au cours des 4 dernières ⁶	9.5 [5-15]
Nombre médian de partenaires sexuels au cours des 2 derniers mois ⁷	7 [3-15]

1 Données collectées à l'inclusion de la phase DBP pour ceux qui y ont participé (n=332) et à l'inclusion de la phase OLE pour ceux qui n'ont pas participé à la phase DBP (n=29)

2 Dix-huit données manquantes

3 Six valeurs manquantes

4 Cinq valeurs manquantes

5 Dix valeurs manquantes

6 Vingt-et-une valeurs manquantes

7 Sept valeurs manquantes

1.2. Présentation des médecins de l'essai ANRS-IPERGAY

En France, 30 médecins, dont 11 femmes et 19 hommes, répartis sur cinq sites différents, ont participé à l'essai, (Figure 28).

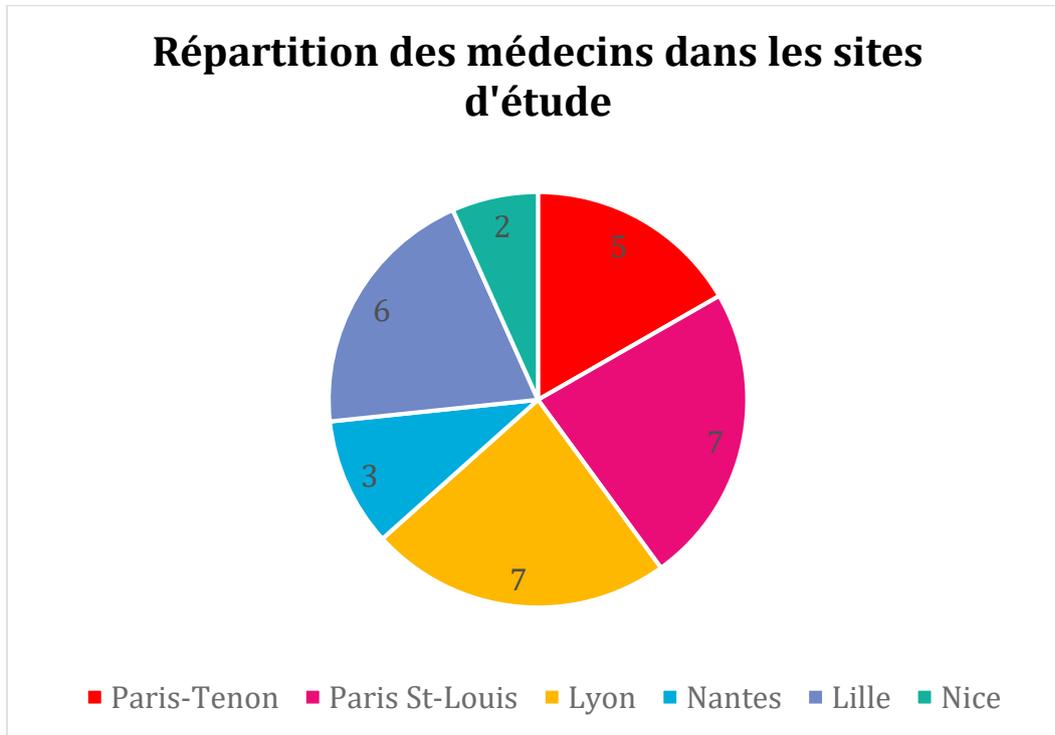


Figure 28. Répartition des médecins ayant participé à l'essai ANRS-IPERGAY (n=30).

Parmi elles-eux, dix-huit ont accepté de participer à une sous-étude qualitative dans le cadre de cette thèse. Chacun des sites d'étude français a accepté de participer (Figure 29) avec une répartition de huit femmes et dix hommes. Trois spécialités médicales étaient représentées (Figure 30) : l'infectiologie, la médecine générale et la médecine interne.

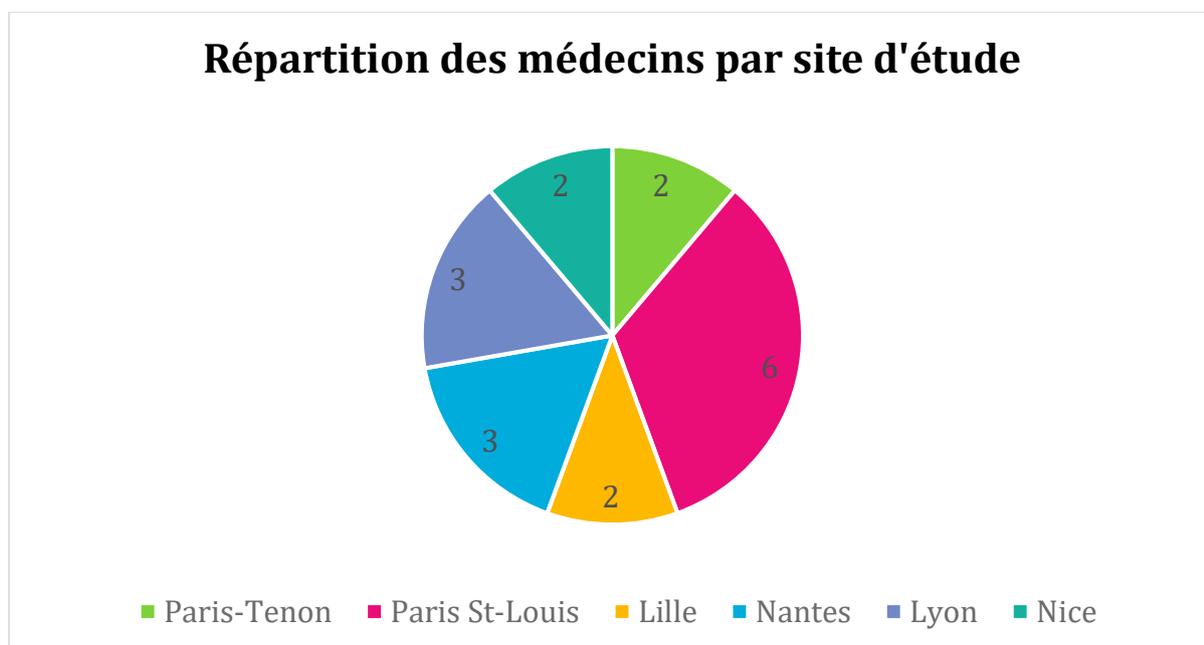


Figure 29. Répartition des médecins ayant participé à l'étude qualitative par site d'étude (n=18).

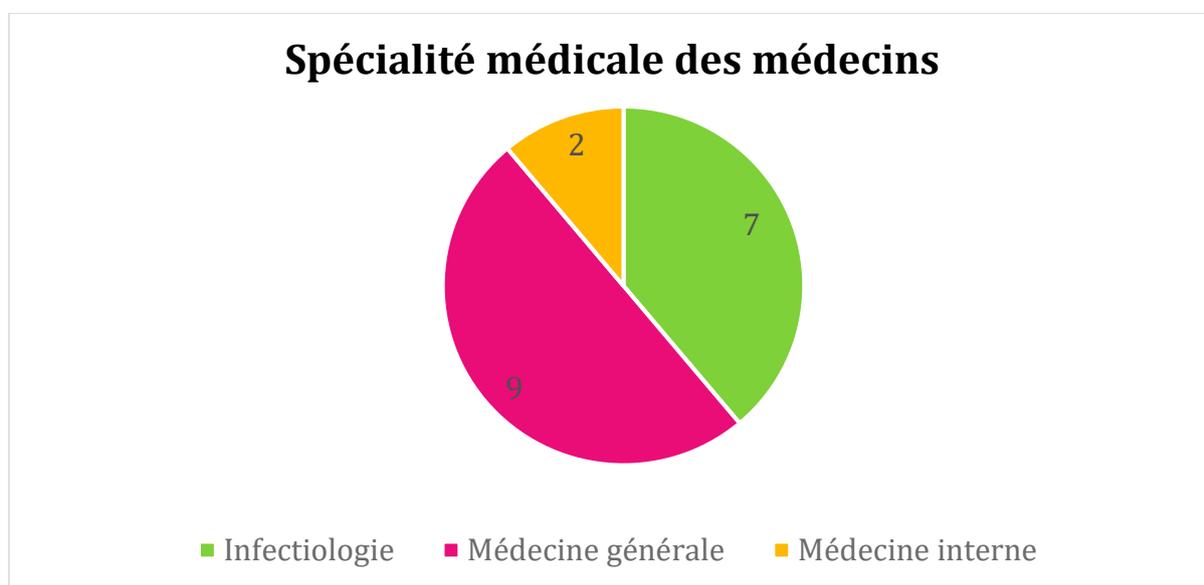


Figure 30. Spécialité médicale des médecins ayant participé à l'étude qualitative (n=18).

2. Méthodologie utilisée dans l'essai ANRS-IPERGAY

Le protocole de l'essai prévoyait un suivi socio-comportemental quantitatif des participants, ainsi que plusieurs recueils de données qualitatives afin de recueillir plus en profondeur leur vécu de l'essai. Du côté des médecins, un recueil qualitatif était prévu pour également recueillir leur vécu de l'essai.

2.1 Méthodologie utilisées dans la thèse

Afin d'explorer au mieux la gestion du risque VIH des HSH dans l'essai ANRS-IPERGAY, nous avons décidé de nous appuyer sur les différentes méthodologies, qualitatives et quantitatives, prévues par le protocole de l'essai. En effet, la PSS prône la pluri-méthodologie afin de répondre au mieux aux enjeux de la question de recherche. Dans le cadre de cette thèse, les méthodes quantitatives pouvaient permettre de suivre l'évolution des comportements sexuels en contexte ainsi que les facteurs associés durant toute la durée de l'essai. Les méthodes qualitatives pouvaient permettre quant à elles, de saisir les différentes dynamiques relationnelles élaborées avec les AC et les médecins dans l'essai. Ainsi, grâce à ces deux méthodologies, nous pouvons obtenir un aperçu complet de notre objet de recherche.

2.1.1 Les méthodes mixtes

Le recours aux méthodes mixtes soulève des questions d'ordre épistémologique. Traditionnellement, les méthodes quantitatives renvoient au courant épistémologique positiviste alors que les méthodes qualitatives s'inscrivent davantage dans le courant constructiviste (Bishop, 2015). La différence majeure entre ces deux courants réside dans l'interprétation des résultats. Pour le premier, il existerait une vérité objectivable et universelle indépendante du contexte alors que pour le second toutes les connaissances sont socialement situées. L'utilisation de méthodes mixtes dans une perspective méthodologique et non pas uniquement technique, doit tenir compte de ces enjeux afin d'optimiser les potentialités de chaque méthode. A titre d'exemple, la mise en place d'une méthode quantitative dans une optique constructiviste doit tenir compte des critères de qualité des approches quantitatives, comme la représentativité et la mesure, afin de respecter leurs usages (Bishop, 2015). L'utilisation de méthodes mixtes implique de dépasser le dualisme méthode objective-subjective. Le plus souvent, les méthodes mixtes sont utilisées avec une approche pragmatique (Johnson & Onwuegbuzie, 2004) qui repose sur quatre principes (Creswell, 2003) :

- Elle ne renvoie pas à une conception précise de la réalité (à l'inverse des approches constructivistes ou positivistes), ce qui permet aux chercheur·e·s de s'appuyer à la fois sur des hypothèses quantitatives et qualitatives dans leur travail.
- Les chercheur·e·s sont libres de choisir les méthodes, techniques et procédures adaptées aux besoins de leur sujet de recherche.
- La vérité se situe dans l'instant présent de la recherche et les méthodes mixtes apportent une meilleure compréhension des problèmes de recherche.
- Les chercheur·e·s privilégient l'efficacité des méthodes dans leur choix méthodologique, en fonction de l'objectif de recherche.

L'approche pragmatique est souvent mobilisée par les chercheur·e·s utilisant des méthodes mixtes (Dures, Rumsey, Morris, & Gleeson, 2011). Cependant, comme le soulignent Charmillot et Dayer (2007), les différentes approches issues du courant constructiviste tendent également à dépasser ces oppositions méthodologiques. La psychologie de la santé appelle également à se tourner vers la pluri méthodologie (Fischer & Tarquinio, 1999; Moscovici, 1961). L'articulation méthodologique doit donc être basée sur l'adaptabilité et la pertinence des méthodes vis-à-vis de l'objet de recherche (Kalampalikis & Apostolidis, 2016).

Spécifiquement en sciences humaines et sociales dans le domaine de la santé, l'utilisation des méthodes mixtes doit faire face à quatre enjeux (Collins, Onwuegbuzie, & Jiao, 2007) :

- La représentativité de l'expérience vécue à travers les discours (saisir une expérience sociale au travers de mots) et les chiffres (représentativité statistique).
- La légitimité qui renvoie aux difficultés d'obtenir des données permettant de faire des inférences crédibles, fiables, transférables (critère de validité pour les méthodes quantitatives *versus* crédibilité pour les méthodes qualitatives).
- L'intégration, c'est-à-dire comment articuler, comparer et mettre en miroir des données quantitatives avec des données qualitatives compte-tenu, notamment, de la différence d'échantillonnage.
- Le défi politique de prouver la pertinence des méthodes mixtes auprès des autres chercheur·e·s ou personnes impliquées dans les projets de recherche (décideur·se·s, collaborateur·rice·s, etc.).

Dans le cadre de ce travail de thèse, nous avons souhaité mobiliser des méthodes mixtes avec une approche compréhensive-constructiviste. L'objectif de cette thèse est, d'une part, d'étudier l'évolution des comportements sexuels et préventifs avant et après un changement dans les

stratégies préventives disponibles (PrEP) et, d'autre part, de placer ces-mêmes comportements dans le contexte dans lesquels ils se sont déroulés, le contexte situationnel de la rencontre sexuelle mais aussi le contexte de l'essai et du suivi inhérent. Une seule méthode ne permet pas de répondre à cet objectif. L'essai ANRS-IPERGAY s'est déroulé sur quatre années avec un suivi socio-comportemental bimensuel. La quantité de données disponibles sur les comportements sexuels et préventifs permet la réalisation d'analyses longitudinales et quantitatives fines. Les méthodes qualitatives ne peuvent pas apporter ce niveau de précision concernant l'évolution des comportements au cours du temps. De plus, le questionnaire (présenté dans la section suivante) a permis de collecter de nombreuses informations sur les rapports sexuels (type de partenaires, consommation de drogues, lieu etc.). En revanche, pour saisir la nature des interactions entre les participants, les médecins et les AC, et comprendre dans quel contexte les participants ont eu accès à la PrEP, les méthodes qualitatives sont plus pertinentes que les méthodes quantitatives. De ce fait, l'utilisation de méthodes mixtes, avec un ancrage constructiviste, était justifiée dans le cadre de cette thèse.

2.2 Les recueils de données de l'essai ANRS-IPERGAY

Durant l'essai plusieurs recueils de données qualitatives ont été menés (Tableau 5), notamment auprès des participants. Ces derniers ont été étudiés pour cette thèse que dans le cadre d'une analyse collaborative avec une ingénieure de recherche du Groupe de recherche en Psychologie Sociale (GRePS) travaillant spécifiquement sur ce corpus. En revanche, l'étude qualitative menée auprès des médecins impliqués dans l'essai pendant la phase ouverte a été conduite par mes soins.

Tableau 5

Synthèse des recueils de données qualitatives dans l'essai ANRS-IPERGAY

Période	Phase de l'essai	Recueil de données
2012 - 2014	Inclusion	Premier entretien individuel-participants
2012 - 2014	Phase double aveugle	Deuxième entretien individuel-participants
2012 - 2014	Phase double aveugle	Entretiens collectifs-participants
2015 - 2016	Phase ouverte	Focus groups-participants
2016 - 2016	Phase ouverte	Entretiens individuels-médecins

Par ailleurs, un questionnaire socio-comportemental à destination des participants a été administré en ligne tous les deux mois pendant toute la durée de l'essai (de M0 à M24 de *DBP* et de M0 à M18 de *OLE*).

Méthode utilisée pour le recueil de données qualitatives auprès des médecins pour la thèse

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'étude qualitative avec les médecins, nous avons choisi de mobiliser une approche compréhensive-constructiviste. L'approche compréhensive, qui met l'accent sur le sens, considère la personne humaine comme un·e acteur·rice et privilégie une analyse centrée sur la dialectique individuel-collectif (Charmillot & Dayer, 2007). Cette approche souligne l'importance des logiques de conduites individuelles (significations individuelles données aux actions) et collectives (activités sociales, réseaux de significations). L'entretien individuel de recherche est un outil approprié pour recueillir des données avec une approche compréhensive. Il permet de susciter des discours, d'aider les personnes à élaborer leur pensée et à exprimer leur subjectivité. Le discours représente la matière première de l'analyse qualitative. Il est co-produit entre *l'intervieweur·e* et *l'interviewé·e* (Ghiglione & Matalon, 1991). En effet, l'entretien est une rencontre interpersonnelle qui s'inscrit dans un cadre et une situation sociale donnés (Ghiglione & Matalon, 1991). Plus spécifiquement, l'entretien semi-directif permet d'accéder au système de pensée et de catégorisation des *interviewé·e-s*, de favoriser le discours associatif, spontané et subjectif de l'individu·e, mais aussi d'aborder un certain nombre de thèmes préalablement définis par *l'intervieweur·e* (Blanchet, Gotman & Singly, 2014; Ghiglione & Matalon, 1991).

Dans cette optique, les médecins ont été interrogé·e·s par le biais d'un entretien individuel semi-directif. Le guide d'entretien (Annexe 1) a permis d'aborder les sujets suivants : l'expérience des médecins de l'essai, leur attitude envers la PrEP et sa prescription, ainsi que la relation avec les participants.

Méthode utilisée pour le recueil de données quantitatives auprès des participants pour la thèse

L'enquête par questionnaire permet d'explorer et de tester les relations entre deux ou plusieurs variables ainsi que la nature de ces relations (Ghiglione & Matalon, 1991). Le questionnaire permet d'appréhender la façon dont les personnes vivent leur propre situation, leurs opinions et attitudes. Les enquêtes par questionnaire concernent, dans une large mesure, l'étude des pratiques et des comportements, dans le but d'identifier les déterminants et les facteurs associés à ces pratiques, non-pratiques, ou formes d'usage (de Singly, 2012). L'analyse quantitative des comportements permet une objectivation du phénomène étudié au sens de « voir les choses autrement » (de Singly, 2012). Tout en étant une excellente méthode pour l'explication des comportements, voire même leur prédiction, le questionnaire peut aussi être utilisé dans une perspective de compréhension. C'est l'outil le plus à même d'identifier les « schèmes de perception durablement incorporés, les dispositions » (de Singly, 2012, p.17). Toutefois, bien que le questionnaire permette une certaine objectivation des phénomènes étudiés, il ne permet pas d'obtenir des résultats dits objectifs. En effet, le réel est inépuisable et il ne peut être décrit que par la médiation de catégories de perception (de Singly, 2012).

Le questionnaire socio-comportemental à destination des participants de l'essai comportait plusieurs modules (Annexes 2 et 3) :

- Données socio-éco-démographiques à l'inclusion puis chaque année.
- Utilisation détaillée de la PrEP au cours des deux derniers mois.
- Sexualité : lieu de rencontre des partenaires sexuels, position durant les rapports sexuels (insertif versus réceptif) ; satisfaction liée à la vie sexuelle ; nombre de partenaires sexuels masculins au cours des deux derniers mois ; nombre de rapports sexuels au cours des quatre dernières semaines ; adhésion à la PrEP et au préservatif durant les quatre dernières semaines.
- *Focus* détaillé sur le dernier rapport sexuel : perception du risque VIH associé à ce rapport ; type de partenaire (principal, occasionnel) ; utilisation de la PrEP; circoncision du partenaire ; utilisation du préservatif ; statut VIH du partenaire ; lieu du rapport

sexuel ; consommation d'alcool et/ou de drogues durant le rapport sexuel ; sexe transactionnel ; pratiques *hard*.

- L'essai ANRS-IPERGAY : communication autour de la participation à l'essai dans l'entourage ; sentiment vis-à-vis de l'essai ; effets indésirables liés à la PrEP ; sentiment vis-à-vis du bras placebo ; croyance sur le fait de recevoir la PrEP ou bien un placebo ; satisfaction liée à l'essai.

L'utilisation de ce questionnaire socio-comportemental bimensuel est pertinente pour nos analyses sur l'adaptation des comportements sexuels et préventifs au contexte, sur l'évolution de la perception du risque et sa relation avec les comportements de prévention.

Dans le cadre de cette thèse, les analyses statistiques issues des données quantitatives des questionnaires ont été réalisées en collaboration avec la plateforme statistique du SESSTIM.

Synthèse :

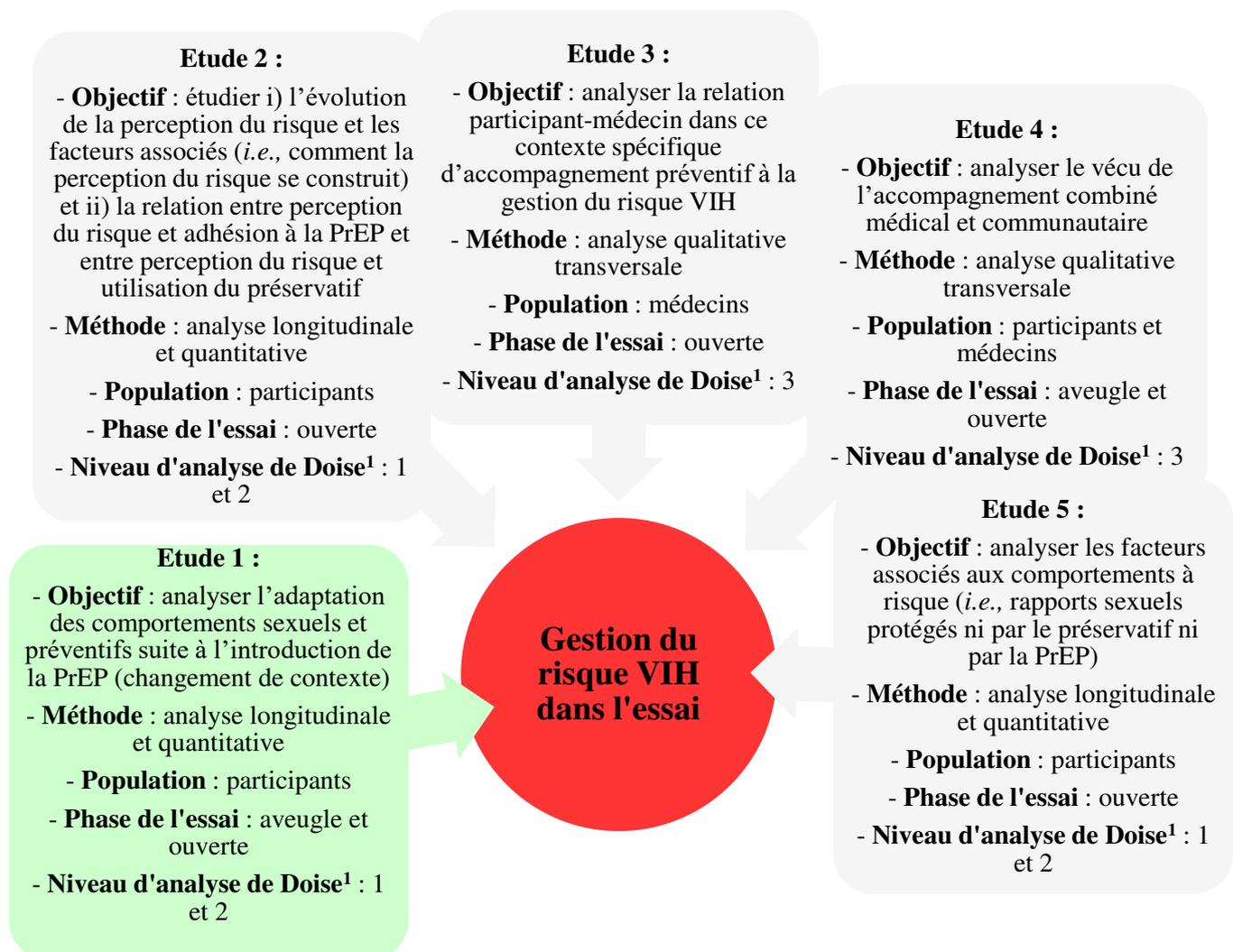
Ce chapitre méthode a présenté en détails l'essai ANRS-IPERGAY ainsi que les différentes populations qui font l'objet des cinq études de cette thèse (*i.e.*, participants et médecins). En résumé, cet essai visait à évaluer l'efficacité de la PrEP à la demande chez les HSH ou transgenre femme séronégative avec une approche de recherche communautaire. Toutefois, hormis une personne, tous les participants étaient des HSH. L'essai s'est déroulé en deux phases : dans la première, les participants étaient randomisés en double-aveugle entre un bras PrEP à la demande et un bras placebo ; dans la deuxième, suite à l'efficacité démontrée de la PrEP à la demande au cours des deux premières années, le bras placebo a été supprimé et tous les participants ont reçu la PrEP. Le protocole de l'essai prévoyait des méthodologies mixtes pour la partie sciences sociales. Dans le cadre de cette thèse, des méthodologies mixtes ont également été utilisées. En effet, afin d'étudier la gestion du risque VIH chez les participants de l'essai avec une approche compréhensive-constructiviste, c'est une méthodologie mixte qui s'est avérée être la plus pertinente. C'est donc par le biais de méthodologies quantitatives que i) l'évolution des comportements sexuels et préventifs, ii) la perception du risque, ses facteurs associés ainsi que ses relations avec l'adhésion à la PrEP et l'utilisation du préservatif et iii) les facteurs associés aux rapports sexuels non protégés (*i.e.*, ni PrEP ni préservatif), au cours de l'essai, ont été analysés. D'autre part, la relation participant-médecin ainsi que le vécu de l'accompagnement combiné médical et communautaire ont été étudiés grâce à des méthodes qualitatives.

Les résultats de ces cinq études sont présentés dans le chapitre suivant.

Chapitre 7 : Résultats

1. Étude 1 : évolution de la gestion du risque VIH en fonction du contexte d'exposition.

Rappel :



¹ 1 = niveau intra-personnel ; 2 = niveau interpersonnel ; 3 = niveau positionnel et 4 = niveau idéologique

1.1. Introduction

L'introduction de la PrEP dans le paysage des outils de prévention disponibles peut conduire à une modification de la gestion du risque VIH (ensemble des comportements sexuels et préventifs vis à vis du VIH). Cette question a été explorée à différents niveaux dans plusieurs essais auprès des HSH.

La phase *DBP* de l'étude *US CDC Safety Study* (suivi trimestriel pendant deux ans) a montré une diminution du nombre de partenaires sexuels et de rapports anaux sans préservatif (RASP) chez les participants au cours du suivi (Liu et al., 2013).

Les phases *DBP* et *OLE* de l'essai *iPrEx* (suivi trimestriel pendant 3 ans) n'ont pas montré d'augmentation du nombre de RASP, résultat consolidé par l'absence d'augmentation de l'incidence des IST dans l'essai (Grant et al., 2014; Marcus et al., 2013).

En revanche, les résultats de l'essai *PROUD* sont plus confus concernant l'évolution des comportements sexuels et préventifs. L'essai comparait des participants ayant eu accès à la PrEP immédiatement *versus* ceux qui ont débuté la PrEP un an plus tard. Les analyses ont montré une plus grande proportion de RASP chez les premiers. Toutefois, aucune différence n'a été montrée concernant le nombre de partenaires sexuels ou le taux d'incidence des IST entre les deux groupes (McCormack et al., 2016).

Enfin, l'étude *US PrEP Demonstration Project* a montré une diminution du nombre de partenaires sexuels et aucun changement quant à la proportion de RASP et d'IST pendant le suivi (trimestriel pendant un an) (Liu et al., 2016).

L'absence de modification des comportements vis à vis du VIH observée dans les études *DBP* peut être attribuée au contexte d'incertitude dû à la présence d'un bras placebo (Grant et al., 2014). C'est pourquoi les études « ouvertes » ont pour principal objectif d'étudier l'intégration de la PrEP dans un contexte plus proche de la vie réelle des participants. Malheureusement, il y a trop peu d'études à la fois ouvertes et longitudinales pour permettre une évaluation fine de la dynamique de la gestion du risque du VIH avec l'introduction de la PrEP. L'essai *PROUD* qui a duré plusieurs années en phase ouverte a permis d'analyser l'évolution des comportements sexuels et préventifs à partir d'une comparaison entre les données à l'inclusion et un seul point d'observation (+ 12 mois). Le caractère longitudinal du suivi n'a pas pu être mis à profit, ce qui rend difficile l'interprétation des résultats.

Par ailleurs, aucune étude n'a analysé l'évolution de la gestion du risque VIH dans le cadre de la PrEP à la demande basée sur l'activité sexuelle (schéma PrEP de l'essai *ANRS-IPERGAY*). Contrairement à la prise en continu, la PrEP à la demande nécessite une évaluation des risques

avant chaque rapport sexuel. Cette évaluation répétée des risques peut à terme influencer la perception du risque et les comportements sexuels des HSH. De plus, l'évaluation clinique de l'adhésion à la PrEP (dosage sanguin, test urinaire) est plus difficile à réaliser dans le cadre de la PrEP à la demande. L'étude des données déclaratives quant à l'adhésion à la PrEP à la demande est donc cruciale pour étudier son intégration dans les stratégies de prévention des HSH.

La phase *DBP* de l'essai ANRS-IPERGAY n'a pas montré de réels changements dans les pratiques sexuelles des participants (Sagaon-Teyssier et al., 2016). Toutefois, la présence du bras placebo combinée à l'incertitude de l'efficacité de la PrEP à la demande a pu influencer la gestion du risque VIH des participants.

C'est pourquoi cette première étude vise à évaluer l'évolution de la gestion du risque VIH des HSH dans deux contextes d'exposition au risque différent : la phase *DBP* et la phase *OLE* de l'essai ANRS-IPERGAY. Dans l'optique d'une approche holistique et compréhensive, un ensemble d'indicateurs est mobilisé afin d'avoir une vue globale et fine de l'évolution, ou non, des comportements en fonction du contexte.

1.2. Variables étudiées

Cette étude se base sur les données quantitatives recueillies durant les phases *DBP* (M0 à M24) et *OLE* (M0 à M18) de l'essai.

Huit indicateurs ont été sélectionnés : i) nombre de partenaires sexuels au cours des deux derniers mois (variable continue), ii) nombre de rapports sexuels au cours des quatre dernières semaines (variable continue) et, concernant le dernier rapport sexuel : iii) type de partenaire (principal, occasionnel connu, occasionnel inconnu, multiple ; variable catégorielle), iv) RASP (oui/non ; variable dichotomique), v) consommation de drogues récréatives (ecstasy, cocaïne, poppers, GHB/GBL, kétamine, viagra ; variable catégorielle), vi) consommation d'alcool (oui/non ; variable dichotomique), vii) PrEP et/ou utilisation du préservatif (PrEP-préservatif, préservatif uniquement, PrEP uniquement, ni PrEP ni préservatif ; variable catégorielle) et viii) adhésion à la PrEP (correcte, sous-optimale, pas d'utilisation ; variable catégorielle).

L'adhésion à la PrEP était classifiée en trois catégories définies comme il suit : i) utilisation correcte, c'est à dire en accord avec le protocole, ou bien, prise d'au moins un comprimé dans les 24h précédant le rapport sexuel et dans les 24h suivantes, ii) pas d'utilisation de la PrEP (pas de comprimé dans les 48h avant et après le rapport sexuel) et iii) utilisation sous-optimale qui renvoie à toute autre forme d'utilisation de la PrEP dans les 48h qui ont précédé et suivi le rapport sexuel.

L'analyse de l'évolution de ces indicateurs permet de se rapprocher d'une vue holistique de l'évolution de la gestion du risque VIH dans l'essai. L'étude de l'adhésion à la PrEP vise à évaluer son intégration dans les stratégies de prévention des HSH. L'évaluation de l'utilisation du préservatif, du nombre de partenaires et de rapports sexuels, du type de partenaire et de la consommation de drogues récréatives et d'alcool en contexte sexuel, permet d'observer l'effet du changement de contexte d'exposition au risque sur les comportements sexuels et préventifs.

1.3. Analyses statistiques

Plusieurs méthodologies ont été utilisées pour cette étude. Premièrement, le test du Chi² (variables dichotomiques et catégorielles) et le test-t (variables continues) ont été mobilisés afin d'observer si nos huit indicateurs variaient significativement entre la phase *DBP* et *OLE*.

Par la suite, nous avons utilisé un modèle de type *Generalized Estimating Equation (GEE)* pour étudier la gestion du risque, tout en prenant en compte le caractère longitudinal des données. Les modèles *GEE* permettent, en effet, de tenir compte des corrélations intra-individuelles dans l'estimation des coefficients – c'est-à-dire du fait que les réponses d'une même personne au cours du temps ne sont pas indépendantes les unes des autres – et ainsi d'obtenir une plus grande précision des estimations (Zeger & Liang, 1986).

Nous avons utilisé une fonction binomiale négative pour les variables continues, logistique binaire pour les variables dichotomiques et logistique multinomiale pour les variables catégorielles.

Pour répondre à notre objectif d'étude, nous avons mobilisé trois variables explicatives pour le modèle *GEE* : i) le temps, en tant que variable continue, afin d'étudier l'évolution de nos huit indicateurs au cours de l'essai, ii) le contexte, en variable dichotomique, indiquant si les comportements observés sont en phase *DBP* (=0) ou *OLE* (=1), permettant ainsi d'explorer l'existence ou non de différences entre chaque phase quant à la gestion du risque, et iii) l'interaction des indicateurs temps et contexte afin de mesurer si l'évolution au cours du temps est différente en fonction de *DBP* ou *OLE*.

Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel statistique SAS (version 9.4). Les analyses ont été réalisées pour les 332 participants ayant des données de suivi disponibles pour la phase aveugle et ouverte, ce qui représentent 4972 questionnaires analysables.

1.4. Résultats

Comparaison des comportements sexuels et des stratégies de prévention entre la phase *DBP* et *OLE* (Tableau 6)

Le test t-test montre que, malgré les fluctuations observées dans la figure 31, celles-ci ne sont pas significatives. Cela signifie qu'aucune différence significative n'a été observée entre les deux phases en terme de nombre moyen de **rapports sexuels** (moyenne±EC:13.2±15.9 en *DBP* vs 12.5±14.7 en *OLE* ; p-valeur p=0.11) ou de **partenaires sexuels** (respectivement 13±16.1 vs 12.3±19.3, p=0.20).

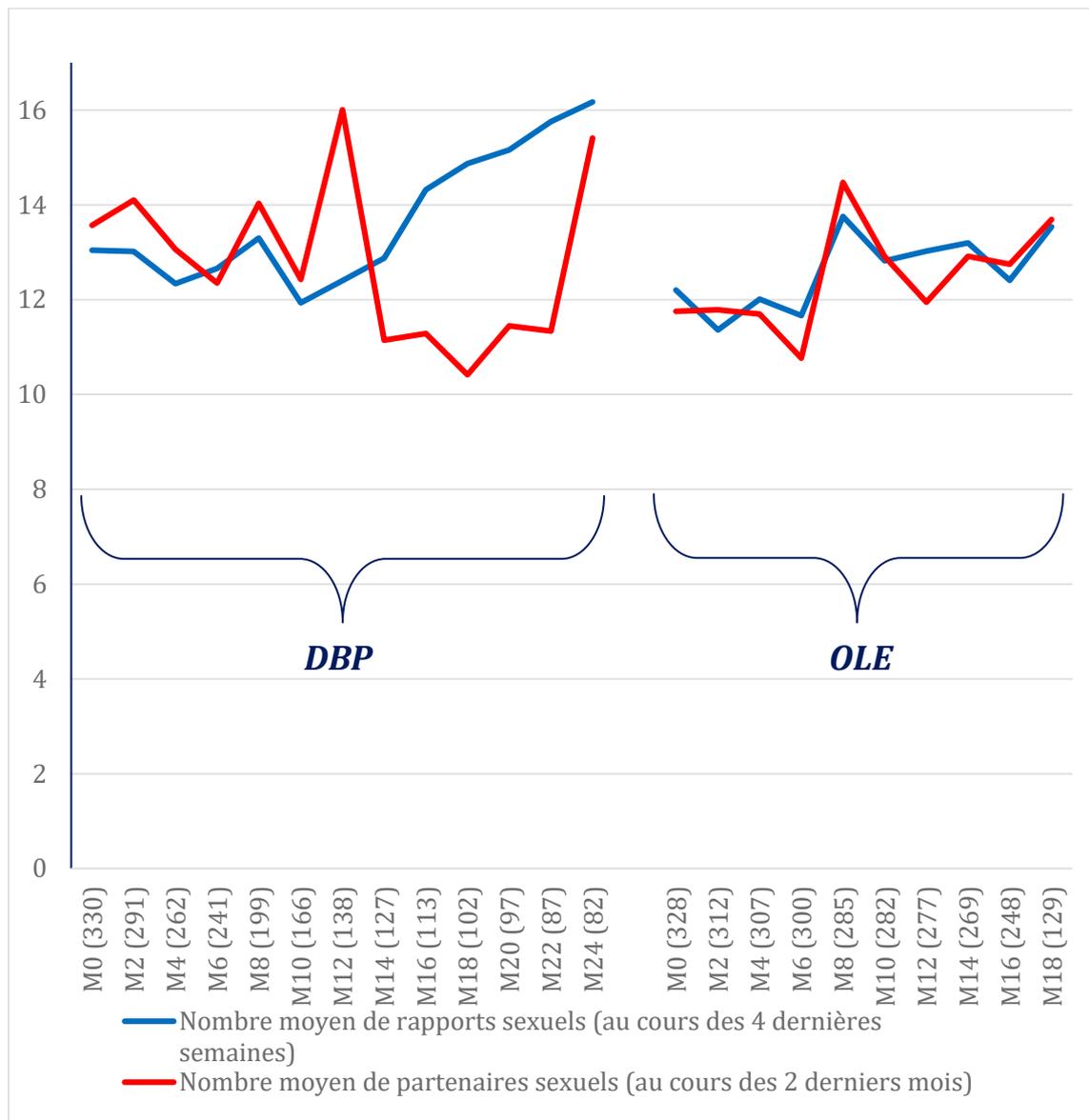


Figure 31. Evolution des nombres moyens de rapports et de partenaires sexuels au cours du suivi (n=332).

Concernant le **type de partenaire**, le test du Chi2 montre une diminution significative de la proportion de rapports sexuels avec un partenaire occasionnel inconnu (sur l'ensemble de *DBP* 36.8% vs. 33.2% sur l'ensemble de *OLE*, $p < 0.005$) ainsi qu'une augmentation significative de la proportion de rapports sexuels avec le partenaire principal (24.4% en *DBP* vs. 29.2% en *OLE*, $p < 0.001$), entre les deux phases (Tableau 6, Figure 32).

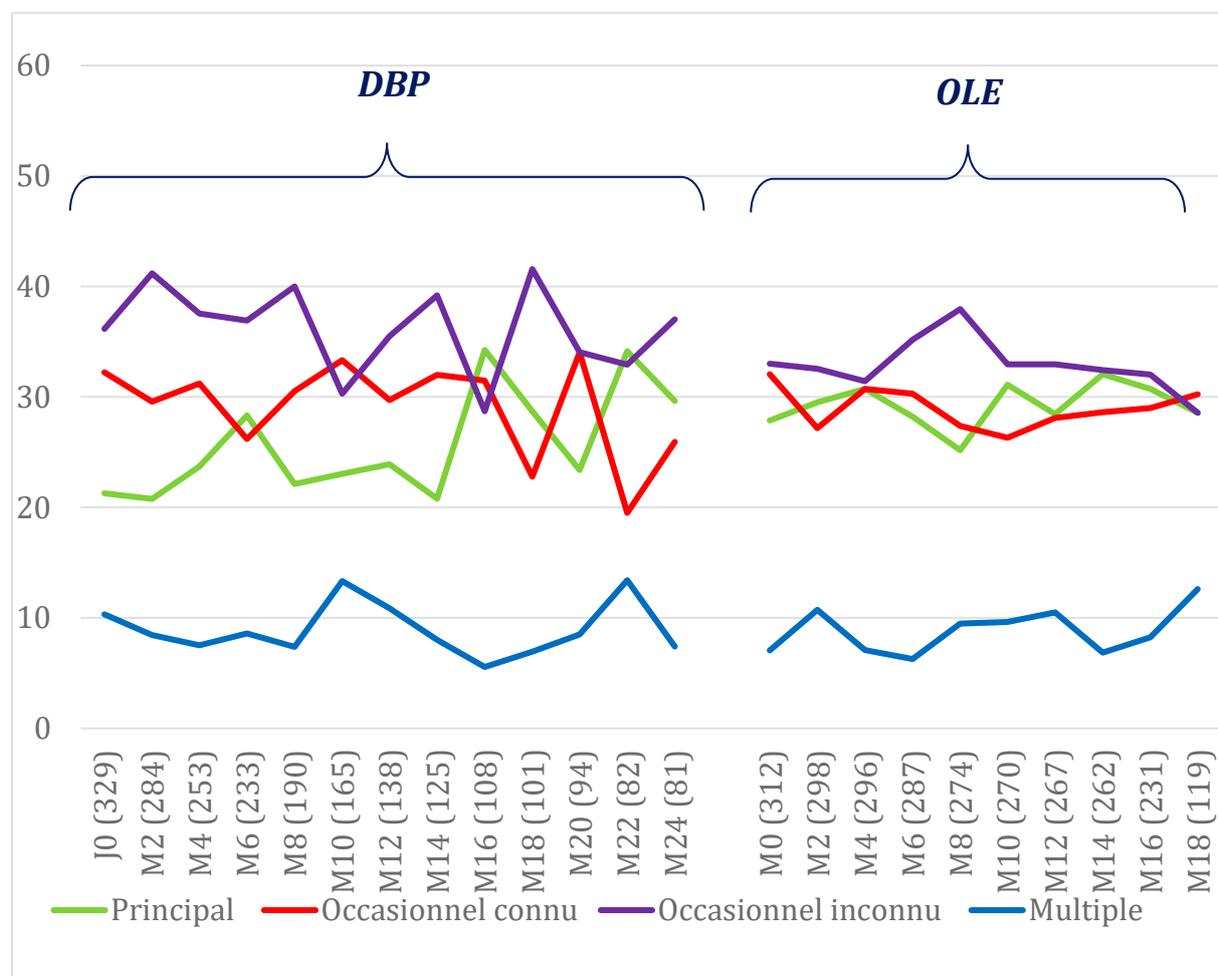


Figure 32. Evolution du type de partenaire au cours du dernier rapport sexuel (n=332).

Concernant la proportion de **RASP**, le test du Chi 2 révèle une augmentation significative (Tableau 6, Figure 33) entre *DBP* (58.5%) et *OLE* (66.8%) ($p < 0.001$). L'utilisation du préservatif semble donc diminuer suite à la suppression du bras placebo.

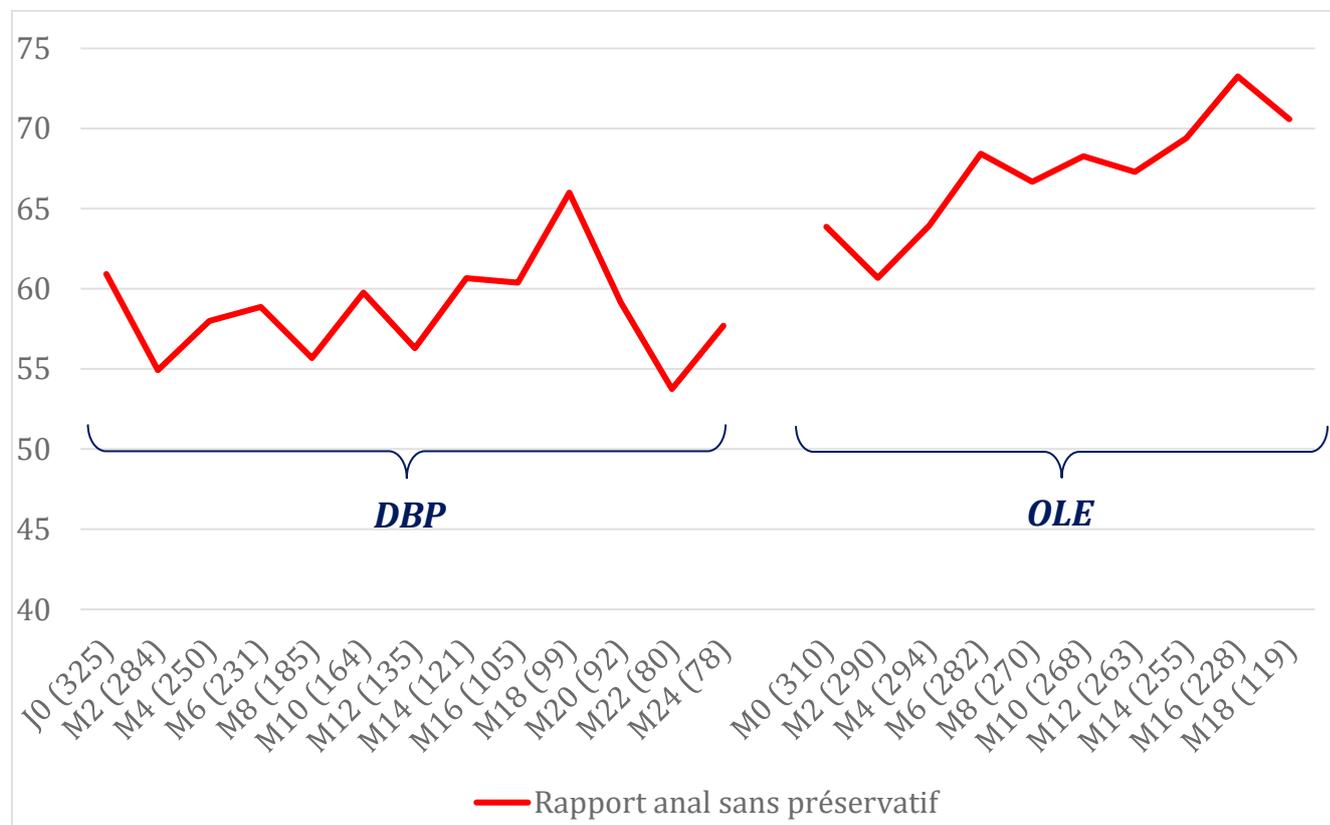


Figure 33. Evolution de la proportion de RASP (n=332).

Concernant l'adhésion à la PrEP (Tableau 6, Figure 34), le test du Chi 2 montre qu'une augmentation de l'adhésion « correcte » (44.7% en DBP vs. 50.0% en OLE, $p < 0.005$) ainsi qu'une diminution de l'adhésion « sous-optimale » (30.0% vs. 24.1%, $p < 0.001$), ont été observées entre les deux phases.

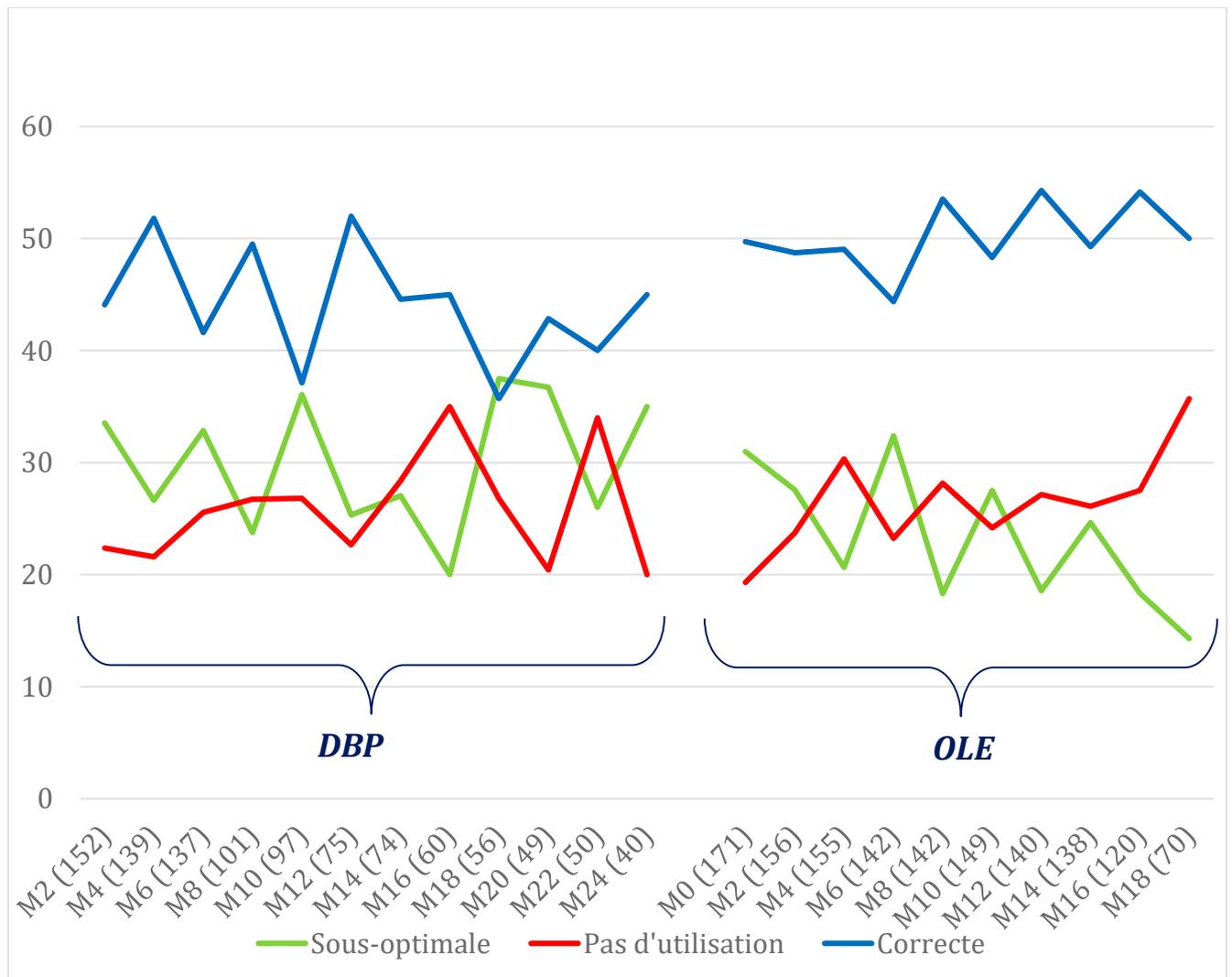


Figure 34. Evolution de l'adhésion à la PrEP (n=332).

Concernant l'utilisation combinée de la PrEP et du préservatif (Tableau 6, Figure 35), le Chi 2 montre que la proportion de rapports sexuels protégés uniquement par la PrEP a augmenté entre DBP et OLE (43.3% vs. 49.1%, $p < 0.005$) tandis que la proportion d'utilisation combinée de la PrEP et du préservatif a diminué (31.4% vs. 25.0%, $p < 0.001$).

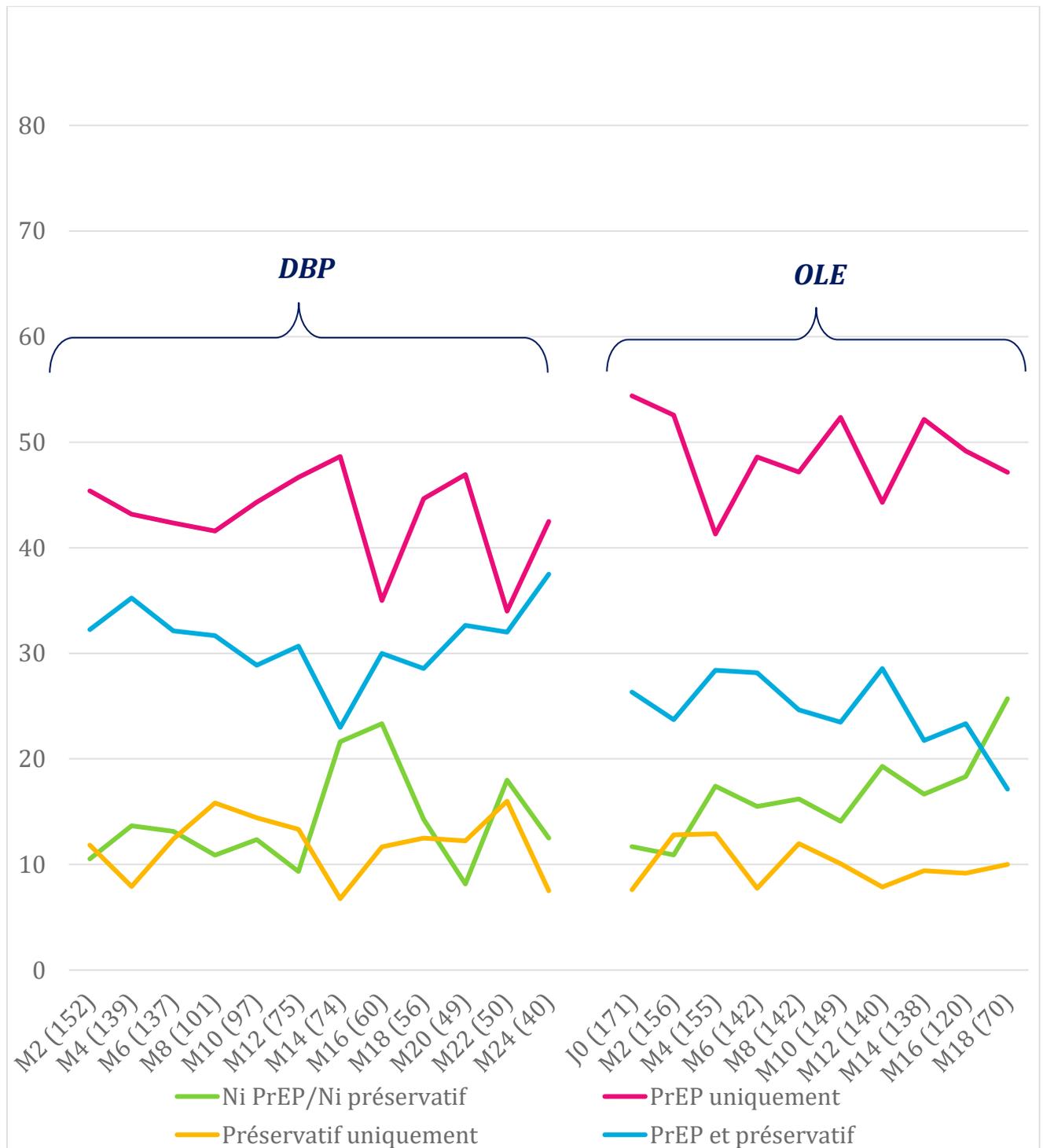


Figure 35. Evolution de l'utilisation combinée PrEP-préservatif (n=332).

Enfin, concernant la **consommation de drogues récréatives**, le Chi 2 montre qu'aucun changement n'a été observé entre les deux phases (33.4% en *DBP* vs. 33.9% en *OLE*, $p=0.3$). Cependant, une diminution significative de la **consommation d'alcool** a été observée (12.7% en *DBP* vs. 9.7% en *OLE*, $p<0.001$) (Tableau 6, Figure 36).

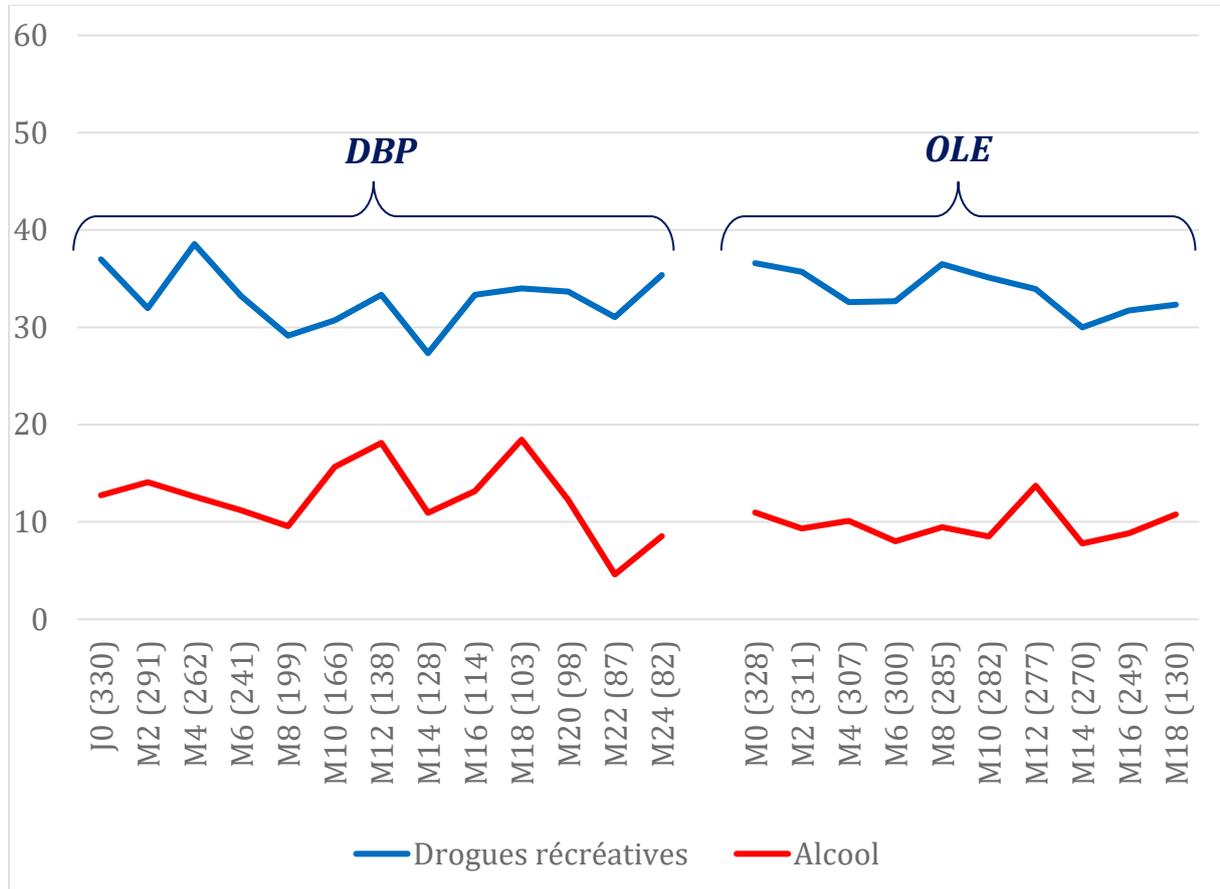


Figure 36. Evolution de la consommation de drogues récréatives et d'alcool (n=332).

Tableau 6

Comparaison des comportements sexuels et des stratégies de prévention entre DBP et OLE
(n=332, 4978 questionnaires)

	DBP (n=2239) Moyenne (écart- type) ou n (%)	OLE (n=2739) Moyenne (écart- type) ou n (%)	p-valeur ^a
Nombre de rapports sexuels ^b (au cours des 4 dernières semaines)	13.2 (15.9)	12.5 (14.7)	0.11
Nombre de partenaires sexuels ^c (au cours des 2 derniers mois)	13 (16.1)	12.3 (19.3)	0.20
Au cours du dernier rapport :			
RASP^d			
Oui	1259 (58.5)	1723 (66.8)	<0.001
Non	894 (41.5)	856 (33.2)	<0.001
Adhésion à la PrEP^e			
Pas d'utilisation	261 (25.3)	358 (25.9)	0.38
Sous-optimale	309 (30.0)	333 (24.1)	<0.001
Correcte	460 (44.7)	692 (50.0)	<0.005
Utilisation combinée PrEP-préservatif^e			
Ni PrEP - Ni préservatif	139 (13.5)	220 (15.9)	0.05
PrEP uniquement	446 (43.3)	679 (49.1)	<0.005
Préservatif uniquement	122 (11.8)	138 (10.0)	0.07
PrEP et préservatif	323 (31.4)	346 (25.0)	<0.001
Type de partenaire(s)^f			
Multiples	196 (9.0)	225 (8.6)	0.32
Occasionnel inconnu	803 (36.8)	869 (33.2)	<0.005
Occasionnel connu	650 (29.8)	760 (29)	0.28
Partenaire principal	534 (24.4)	766 (29.2)	<0.001
Consommation de drogues récréatives			
Oui	748 (33.4)	928 (33.9)	0.36
Non	1491 (66.6)	1811 (66.1)	0.36
Consommation d'alcool			
Oui	284 (12.7)	266 (9.7)	<0.001
Non	1955 (87.3)	2473 (90.3)	<0.001

a Chi-Square Test/ T-Test
b 203 valeurs manquantes
c 35 valeurs manquantes
d 246 valeurs manquantes
e 2565 valeurs manquantes
f 175 valeurs manquantes

Analyses multiples des comportements sexuels et des stratégies de prévention entre DBP et OLE (GEE).

Les estimations du modèle *GEE* (Tableau 7) montrent une diminution significative du nombre de partenaires sexuels entre *DBP* et *OLE*. Les participants ont en moyenne 0.37 partenaires en moins en *OLE* qu'en *DBP* (coefficient[IC95%], p-valeur; -0.37[-0.70 – -0.4], p=0.03, Tableau 7). Cette diminution n'avait pas été détectée par le t-test.

Tableau 7

Evolution des comportements sexuels entre DBP et OLE (variables continues)

	Nombre de rapports sexuels (au cours des 4 dernières semaines)	Nombre de partenaires sexuels (au cours des 2 derniers mois)
	Coefficient [IC95%], p-valeur*	Coefficient [IC95%], p-valeur*
Évolution au cours du temps	0.09[-0,04 – 0,23], 0.16	-0.07[-0,19 – -0,06], 0.30
Phases <i>DBP</i> (ref) vs <i>OLE</i> ,	-0.23[-0.47 – 0.01],0.06	-0.37[-0.70 – -0.04],0.03
Évolution au cours du temps X Phase(<i>OLE</i>)	-0.01[-0.15 – 0.13],0.91	0.16[-0.001 – 0.32],0.06

* Résultats issus du modèle *GEE*

Par ailleurs, la diminution significative de la proportion de rapports sexuels avec un partenaire inconnu et l'augmentation de la proportion de rapports sexuels avec un partenaire principal, observées dans l'analyse descriptive (Chi2) sont infirmées par le modèle *GEE* (Tableau 8).

Concernant les stratégies de prévention, les estimations du modèle confirment que la proportion de RASP a augmenté. Toutefois, le modèle *GEE* estime que cette évolution a eu lieu au cours de la phase *OLE*, et non lors du changement de phase *DBP-OLE* comme l'avait estimé le test du Chi2 (1.3[1.0 – 1.7], p=0.02, Tableau 8).

Par ailleurs, l'adhésion sous-optimale à la PrEP, comparée à l'absence d'utilisation, a augmenté entre *DBP* et *OLE* (3.1[1.1 – 8.7], p=0.03, Tableau 8). Le Chi 2 avait observé une diminution de l'utilisation sous-optimale de la PrEP au profit d'une utilisation correcte. Le modèle *GEE* ne montre donc pas exactement les mêmes changements. Toutefois, les deux vont dans le sens d'une amélioration de l'adhésion à la PrEP entre les deux phases.

Tableau 8

*Evolution des comportements sexuels et des stratégies de prévention entre DBP et OLE
(variables catégorielles et dichotomiques)*

	RASP (ref Non)	Adhésion à la PrEP (ref pas d'utilisation)		Utilisation PrEP-préservatif (ref Ni PrEP ni préservatif)		
	Oui *	Sous-optimale*	Correcte*	Préservatif uniquement*	PrEP uniquement*	PrEP et préservatif *
Évolution au cours du temps Phase	1.0[0.9-1.2],0.82	0.9[0.6-1.3],0.55	0.8[0.6-1.2],0.33	0.9[0.5-1.4],0.56	0.8[0.5-1.3],0.34	0.8[0.5-1.3],0.36
DBP (ref) vs OLE	0.6[0.4-1.0],0.06	3.1[1.1-8.7], 0.03	1.4[0.6-3.6], 0.45	2.3[0.6-9.2],0.23	2.6[0.9-7.7], 0.09	2.4[0.7-7.9], 0.15
Évolution au cours du temps X Phase(OLE)	1.3[1.0-1.7],0.02	0.7[0.4-1.1],0.11	1.0[0.6-1.7], 0.89	0.7[0.4-1.4],0.36	0.8[0.5-1.5], 0.52	0.6[0.4-1.4], 0.36

* OddsRatio [IC95%], p-valeur, Résultats issus du modèle GEE

(Suite)

	Type de partenaire (ref partenaire principal)			Consommation de drogues récréatives (ref Non)	Consommation d'alcool (ref Non)
	Multiple*	Occasionnel inconnu *	Occasionnel connu*	Oui *	Oui *
Évolution au cours du temps Phase	0.8[0.6-1.2],0.29	0.8[0.6-1.0], 0.10	0.8 [0.6-1.0],0.07	0.9[0.8-1.1], 0.42	0.9[0.7-1.2], 0.51
DBP (ref) vs OLE	0.6[0.2-1.5], 0.25	0.8[0.4-1.5], 0.47	0.9[0.5-1.6],0.74	1.4[0.9-2.2], 0.14	0.8[0.3-1.7], 0.51
Évolution au cours du temps X Phase(OLE)	1.3[0.8-2.2], 0.31	1.2[0.8-1.6], 0.40	1.2[0.8-1.7], 0.41	1.0[0.7-1.2], 0.71	1.1[0.7-1.5], 0.77

OddsRatio [IC95%], p-valeur, Résultats issus du modèle GEE

Les résultats montrent que la prise en considération des corrélations intra-individuelles au cours du temps, à l'aide du modèle GEE, a permis une plus grande précision dans nos estimations de l'évolution des comportements sexuels et préventifs. Cela met en avant moins de changements entre les deux phases qu'avec l'utilisation du Chi2 et du test-t.

1.5. Discussion

Nos résultats ont montré que l'adhésion à la PrEP est meilleure dans la phase *OLE*, lorsque le bras placebo est supprimé. La nouvelle configuration des options préventives avec l'introduction de la PrEP en *OLE* conduit les participants à gérer le risque VIH différemment. Cela se traduit par une diminution de l'utilisation du préservatif au profit de la PrEP. Ce dernier point peut d'ailleurs être éclairé à travers la perception du préservatif comme étant une barrière, matérielle et symbolique, au plaisir des participants de l'essai, alors qu'à *contrario*, la PrEP est vue comme un moyen d'améliorer la vie intime (plus grand sentiment de liberté quant au choix des positions sexuelles par exemple) (Mabire et al., 2019). L'amélioration de la qualité de vie sexuelle avec l'utilisation de la PrEP (Mabire et al., 2019) suggère que les participants considèrent la PrEP comme étant un moyen de prévention plus adapté à leurs besoins que le préservatif. La réduction du nombre de partenaires sexuels ainsi que l'absence de signe de prise de risques supplémentaires laissent supposer une meilleure gestion du risque VIH dans le but d'atteindre une santé sexuelle satisfaisante. Cela suggère également une absence de compensation du risque vis-à-vis du VIH.

L'augmentation de l'utilisation sous optimale de la PrEP, par rapport à la non-utilisation, entre les deux phases, traduit une amélioration de l'adhésion à la PrEP malgré une posologie complexe à suivre. Selon Tarquinio et Tarquinio (Tarquinio & Tarquinio, 2007), trois facteurs contribuent particulièrement aux comportements d'adhésion : les caractéristiques du·de la patient·e ainsi que son environnement (support social, croyances, attitudes et représentations du traitement, sentiment d'auto-efficacité) ; la compréhension du traitement ; et la qualité de la relation patient·e-médecin (attitude empathique du médecin, implication du patient). Dans le champ de la prévention du VIH, plusieurs études confirment l'importance de ce dernier point pour favoriser l'adhésion à la PrEP. En effet, l'accès à des séances de *counseling* serait un facteur d'adhésion à la PrEP (Corneli et al., 2015; Golub, Gamarel, Rendina, Surace, & Lelutiu-Weinberger, 2013; Psaros et al., 2014). Ces trois études mettent en avant l'importance du soutien apporté aux patient·e-s dans l'adhésion et l'efficacité de la PrEP. Aux Etats-Unis des interventions de type thérapie cognitivo-comportementale basées sur des entretiens centrés sur l'adhésion à la PrEP ont été développées afin d'atteindre une efficacité optimale (Taylor et al., 2017). Ces données d'études sont concordantes avec le concept du « patient·e au centre des soins », basé sur le postulat que chaque patient·e est une personne unique, qui est devenu une référence dans la prise en charge dans le champ de la santé (Beach et al., 2006).

Il est donc possible que l'accompagnement combiné médical et communautaire ait positivement influencé les comportements d'adhésion des participants dans l'essai ANRS-IPERGAY. Par

ailleurs, les séances régulières de *counseling* sur les stratégies de réduction des risques, réalisées par les AC, ont également pu contribuer à la réduction du nombre de partenaires sexuels ainsi qu'à l'absence de prise de risques supplémentaires, exception faite de l'utilisation du préservatif, déjà très faible dans cette population (cf. critère d'éligibilité de l'essai).

Ces résultats vont dans le sens de l'influence du contexte sur les comportements à risques. En effet, les participants considérés « à risque », car utilisant peu le préservatif, intègrent positivement la PrEP dans leur gestion du risque VIH. Le recours à un moyen de prévention dans la population HSH de l'essai ANRS-IPERGAY dépend donc davantage du contexte de la prévention que de leurs caractéristiques individuelles.

Cette première étude comporte plusieurs limites. Premièrement, les résultats ne sont pas généralisables à l'ensemble de la population HSH compte-tenu que les données ont été recueillies dans le cadre d'un essai clinique avec un suivi rapproché des participants. Deuxièmement, il n'y a pas de données qualitatives pour venir compléter et approfondir la compréhension des résultats obtenus. Troisièmement, le suivi rapproché des participants a potentiellement pu favoriser le biais de désirabilité sociale lors de la passation des questionnaires. Enfin, les résultats ne peuvent être comparés avec une cohorte HSH non incluse dans l'essai, afin de vérifier que les résultats obtenus sont effectivement dus à la participation dans l'essai et non pas à une tendance générale de la communauté.

Conclusion :

Cette étude montre les stratégies d'adaptation vis-à-vis du VIH des HSH en fonction du contexte et plus particulièrement de l'accès à la PrEP. La suppression du bras placebo et la confirmation de l'efficacité de la PrEP à la demande ont conduit à une évolution positive de l'adhésion à la PrEP et à des changements positifs (légère diminution du nombre de partenaires sexuels) et négatifs (baisse de l'utilisation du préservatif) vis-à-vis du VIH. La vision d'ensemble des comportements sexuels et préventifs entre la phase *DBP* et la phase *OLE* laisse supposer la recherche d'un équilibre entre gestion du risque VIH et qualité de vie sexuelle.

Synthèse :

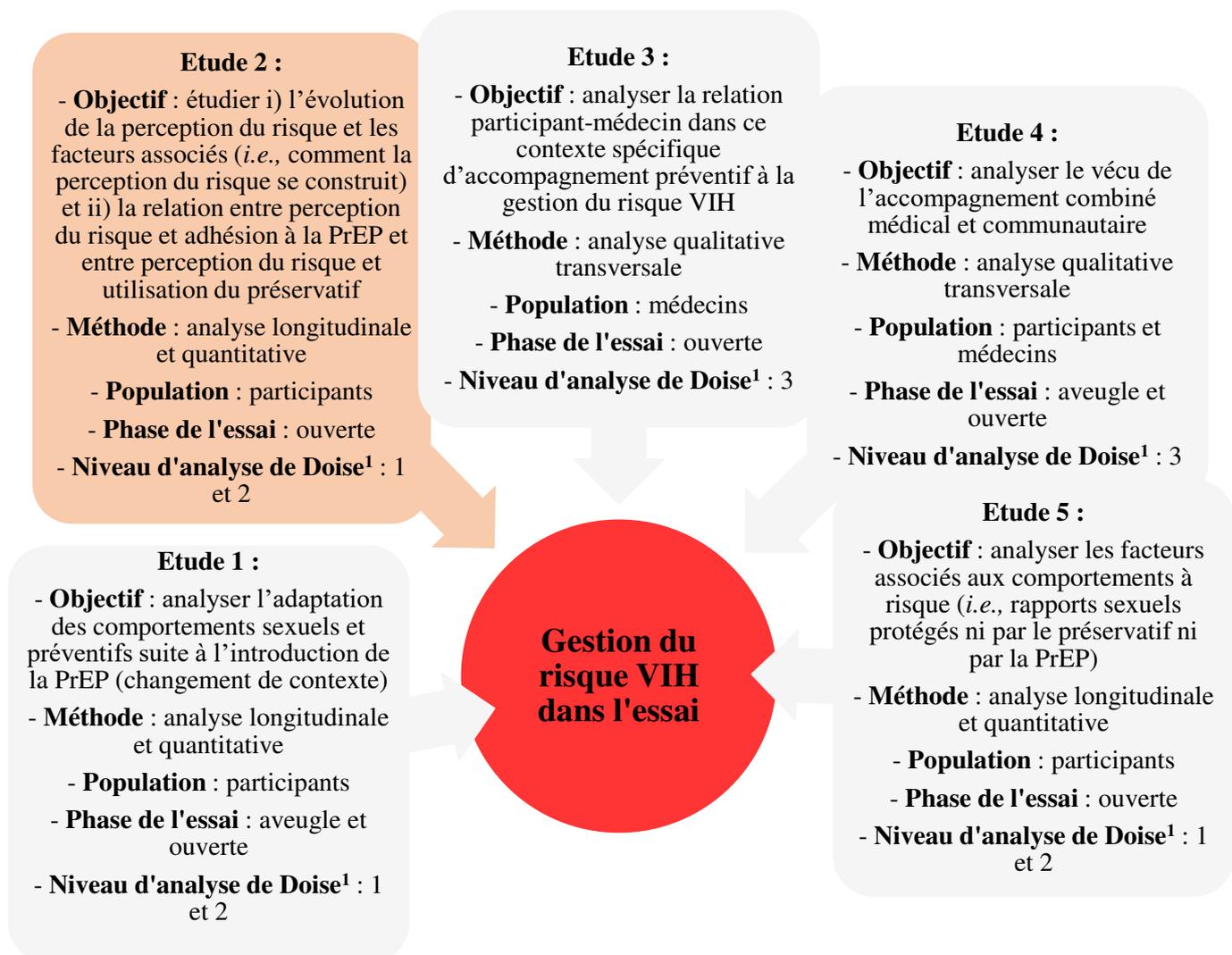
Cette première étude interrogeait le lien contexte-comportement et plus spécifiquement, les potentielles évolutions comportementales des HSH vis-à-vis de la prévention du VIH lorsqu'ils ont accès à la PrEP. Pour cela, nous avons comparé les comportements sexuels et préventifs des HSH de la phase *DBP* avec ceux de la phase *OLE* afin de mesurer les éventuels changements. Huit indicateurs (nombre de rapports sexuels au cours des quatre dernières semaines, nombre de partenaires sexuels au cours des deux derniers mois, utilisation du préservatif, adhésion à la PrEP, utilisation combinée PrEP-préservatif, consommation de drogues en contexte sexuel, consommation d'alcool en contexte sexuel et type de partenaire) ont été analysés à l'aide d'un modèle *GEE*. Il en ressort que l'adhésion à la PrEP s'améliore entre les deux phases, ce qui reflète un apprentissage positif du schéma complexe d'utilisation de la PrEP à la demande. Une légère diminution du nombre de partenaires sexuels est également observée entre les deux phases. Toutefois, au cours de la phase *OLE*, l'utilisation du préservatif diminue. L'enjeu d'utiliser le préservatif malgré l'utilisation de la PrEP concerne la prévention des autres IST. Par ailleurs, aucun changement n'a été relevé par le modèle *GEE* concernant les autres indicateurs.

La PrEP semble être un moyen de prévention plus adapté à la vie sexuelle des participants. En effet, environ 75% des rapports sexuels sont protégés par la PrEP durant l'essai contre entre 30 et 40% des rapports anaux protégés par le préservatif. Ce résultat peut s'expliquer par les conclusions d'une étude qualitative menée en parallèle auprès des participants, montrant que le préservatif est perçu comme étant une barrière au plaisir et qu'*à contrario*, la PrEP est vue comme un moyen d'améliorer la vie intime (plus grand sentiment de liberté quant au choix des positions sexuelles par exemple) (Mabire et al., 2019).

Cependant, pour garantir l'efficacité de la PrEP à la demande comme stratégie de prévention, il est nécessaire d'avoir une bonne anticipation des prises de risque. En cela, la perception du risque est un élément important à explorer dans l'essai. Cette première étude ne nous éclaire pas sur la façon dont les participants évaluent les risques, ni sur le lien entre la perception du risque et les comportements de prévention. C'est pourquoi l'étude suivante se concentrera sur le lien entre perception du risque et comportements d'adhésion en phase *OLE*.

2. Étude 2 : Perception du risque et stratégies de prévention

Rappel :



¹ 1 = niveau intra-personnel ; 2 = niveau interpersonnel ; 3 = niveau positionnel et 4 = niveau idéologique

2.1 Introduction

Les essais cliniques portant sur l'efficacité de la PrEP s'accordent sur le rôle crucial de l'adhésion au traitement pour garantir son efficacité (Grant et al., 2014; McCormack et al., 2016). C'est d'autant plus le cas dans le cadre de la PrEP à la demande car la concentration des molécules de la PrEP dans l'organisme est moindre que dans le cadre de la PrEP en continu (Molina et al., 2015).

Un des déterminants psychosociaux influençant le niveau d'adhésion à la PrEP est le degré de perception du risque VIH (Koenig, Lyles, & Smith, 2013). En effet, ces auteur·e·s ont réalisé une analyse des déterminants de l'adhésion à la PrEP à partir des résultats de plusieurs essais cliniques. Il en ressort que la perception du risque VIH peut être un des facteurs qui expliquent la variabilité de l'efficacité de la PrEP entre plusieurs essais, avec une meilleure adhésion à la PrEP parmi les personnes percevant un niveau de risque VIH élevé. Cette hypothèse est confirmée par une autre étude rapportant que dans l'essai FEM-PrEP trial, la réduction de l'incidence du VIH est de 6% chez les femmes prenant la PrEP, avec 70% de participantes ayant une faible perception du risque VIH (Corneli et al., 2014). Cette même étude confirme que l'adhésion à la PrEP est satisfaisante chez les participantes percevant un niveau élevé de risque VIH.

Dans le cadre de la PrEP à la demande et des HSH, une étude précédente concernant l'essai ANRS-IPERGAY montre que les participants qui perçoivent des risques ont une probabilité plus élevée d'utiliser la PrEP (Sagaon-Teyssier et al., 2018).

Tous ces résultats sont en lien avec les modèles de prédiction des comportements en santé qui considèrent la perception du risque comme un des éléments déterminant les comportements de santé (Ajzen, 1991; Catania et al., 1994; Janz & Becker, 1984; Paicheler, 1997; Rogers, 1983). Toutefois, comme nous l'avons vu dans le chapitre sur le risque, la relation entre perception du risque VIH et comportements sexuels n'est pas simple et linéaire, une perception élevée du risque ne suffit pas toujours à prédire des comportements sexuels *safe* (Akwara et al., 2003).

Bien qu'une précédente étude au sein de l'essai ANRS-IPERGAY ait pointé l'association positive entre la perception du risque et l'adhésion à la PrEP (Sagaon-Teyssier et al., 2018), cette dernière a été utilisée comme une variable explicative, son évolution au cours du temps n'a pas été exploitée. L'objectif de cette seconde étude est donc triple, i) étudier l'évolution de la perception du risque (PR) dans l'essai et plus spécifiquement identifier les potentielles trajectoires de PR au cours du temps, ii) les facteurs associés à la PR, et iii) la relation entre PR et adhésion à la PrEP et PR et utilisation du préservatif.

Cette étude se concentre uniquement sur la phase *OLE*, lorsque l'incertitude liée à l'efficacité de la PrEP et à la prise du placebo est écartée.

2.2 Variables étudiées

Afin de mesurer l'évolution de la PR au cours de la phase *OLE* et sa relation avec l'adhésion à la PrEP et au préservatif, cette étude se base sur 3 variables : i) la PR (échelle allant de 1 à 10 concernant le risque VIH perçu), ii) l'adhésion à la PrEP (en deux catégories : utilisation correcte ou utilisation sous-optimale vs. pas d'utilisation de la PrEP) et iii) l'utilisation du préservatif (oui/non).

Les 3 variables se basent sur le dernier rapport sexuel mesuré aux visites de M0 à M18.

2.3 Analyses statistiques

Nous avons cherché à établir des typologies de PR et de comportements préventifs (adhésion à la PrEP et au préservatif), au cours de la phase *OLE*. Pour cela, cette étude repose sur un modèle statistique d'analyse de trajectoires développementales, ou *group-based trajectory modelling*. Ce type de modèle permet d'identifier des classes homogènes d'individus, appelées trajectoires par la suite, ayant des comportements (ici, de PR ou de comportements préventifs) similaires au cours du temps, et de caractériser ces classes d'individus (Jones, Nagin, & Roeder, 2001). Un des principaux avantages de ce modèle est qu'il fonctionne également avec des données manquantes, à partir de deux observations pour une personne, une trajectoire peut être modélisée (Jones, Nagin, et Roeder 2001; Nagin et Odgers 2010a). L'objectif de l'analyse de trajectoires est de sélectionner le modèle proposant le nombre optimal de trajectoires distinctes de comportements au sein d'une population, tout en approximant au mieux leur forme, par la modélisation de fonctions polynomiales incluant des termes quadratiques (Nagin 2005). Le nombre optimal de trajectoires déterminé par le modèle est identifié sur la base du *Bayesian Information Criterion* (BIC) et les facteurs associés à la probabilité d'appartenir à chaque trajectoire sont estimés par la spécification de variables explicatives dites fixes, c'est à dire à l'inclusion (Jones et Nagin 2007; Nagin et Tremblay 2001). De plus, l'impact de facteurs non fixes, évoluant au cours du temps, sur l'évolution des trajectoires est pris en compte grâce à un modèle multivarié.

Dans notre étude, trois modèles de trajectoires ont été implémentés, dans un premier temps avec une *censored normal specification* pour identifier les différentes trajectoires de perception du risque VIH (variable continue), et dans un second temps avec une *logistic specification* pour identifier, séparément, les trajectoires d'adhésion à la PrEP et au préservatif (variables catégorielles). Enfin, deux *joint group-based trajectory modelling* ont été mis en place pour investiguer conjointement les liens entre PR et adhésion à la PrEP d'une part, et PR et utilisation du préservatif d'autre part (Nagin et Odgers 2010a, 2010b; Nagin et Tremblay 2001).

Toutes les analyses ont été réalisées avec le logiciel SAS (version 9.4). Les participants inclus dans cette analyse sont les 361 participants ayant des données de suivi disponibles dans la phase ouverte, soit 5277 questionnaires.

Variables explicatives fixes

Les variables explicatives fixes mobilisées pour caractériser les trajectoires se basent sur les caractéristiques sociodémographiques et les comportements sexuels recueillis à l'inclusion et plus spécifiquement : âge (variable continue), niveau d'éducation (> au lycée / ≤ au lycée), activité professionnelle (oui/non), confort du logement (confortable/inconfortable), partenaire principal (oui/non), qualité de l'environnement de vie (socialement favorisé/ socialement défavorisé), consommation d'anxiolytiques au cours des douze derniers mois (oui/non), consommation d'antidépresseurs au cours des douze derniers mois (oui/non), consommation de drogues récréatives au cours des douze derniers mois (oui/non), nombre de partenaires sexuels au cours des deux derniers mois (variable continue), nombre de partenaires sexuels au cours des quatre dernières semaines (variable continue).

Variables explicatives variables au cours du temps

De M0 à M18, des variables caractérisant le dernier rapport sexuel ont été incluses dans le modèle pour étudier leur impact sur l'évolution au cours du temps de chaque trajectoire de PR : consommation de drogues récréatives (oui/non), consommation de cannabis (oui/non), consommation d'alcool (oui/non), rapport anal réceptif (oui/non), lieu du dernier rapport sexuel (lieu privé, incluant domicile, domicile du partenaire, hôtel etc vs. lieu public, à savoir *sex-club*, *backroom*, parcs, ou autres lieux publics).

Le nombre de partenaires sexuels au cours des deux derniers mois a également été pris en compte, de M0 à M18, sur l'évolution des trajectoires.

2.4 Résultats

Trajectoires de perception du risque :

Le modèle de trajectoires a permis d'identifier trois trajectoires de PR VIH (Figure 37) nommées : perception élevée (PE), comprenant 7.2% de l'échantillon et une moyenne de PR de 7.5 au cours du suivi ; perception modérée (PM), comprenant 30.5% de l'échantillon et une moyenne de PR de 4.6 ; et perception faible (PF), comprenant 62.3% de l'échantillon et une moyenne de 2.2. La probabilité d'appartenance à chaque groupe varie de 0.88 (PM) à 0.92 (PE et PF). Le tableau 9 montre les caractéristiques, post-estimations (variables fixes), des participants à l'intérieur de chaque trajectoire. Il n'y a pas de différences significatives entre les participants des trois trajectoires au regard de leurs caractéristiques sociodémographiques. En revanche, concernant les données comportementales, une différence significative a été observée vis-à-vis du nombre de partenaires sexuels au cours des deux derniers mois ($p=0.004$) et de la consommation de drogues récréatives au cours des douze derniers mois ($p=0.02$). Plus spécifiquement, les participants appartenant à la trajectoire PE déclarent en moyenne plus de partenaires sexuels (17.2) que les participants de la trajectoire PM (15.1), qui eux-mêmes en déclarent davantage que les participants de la trajectoire PF (9.5). Quant à la consommation de drogues récréatives, elle est plus fréquente chez les participants des trajectoires PE (50%) et PM (54.1%) que chez ceux appartenant à la trajectoire PF (38.5%).

Par ailleurs, les participants percevant peu de risques ont davantage tendance à avoir un partenaire principal (45.3%) que ceux des deux autres trajectoires (37.9% et 23.1% pour PM et PE, respectivement ; $p=0.06$).

Enfin, les participants des trajectoires PE et PM ont tendance à utiliser plus régulièrement des drogues récréatives lors de leur dernier rapport sexuel que les participants de la trajectoire PF (38.5%, 47.3% et 33.8%, respectivement ; $p=0.06$).

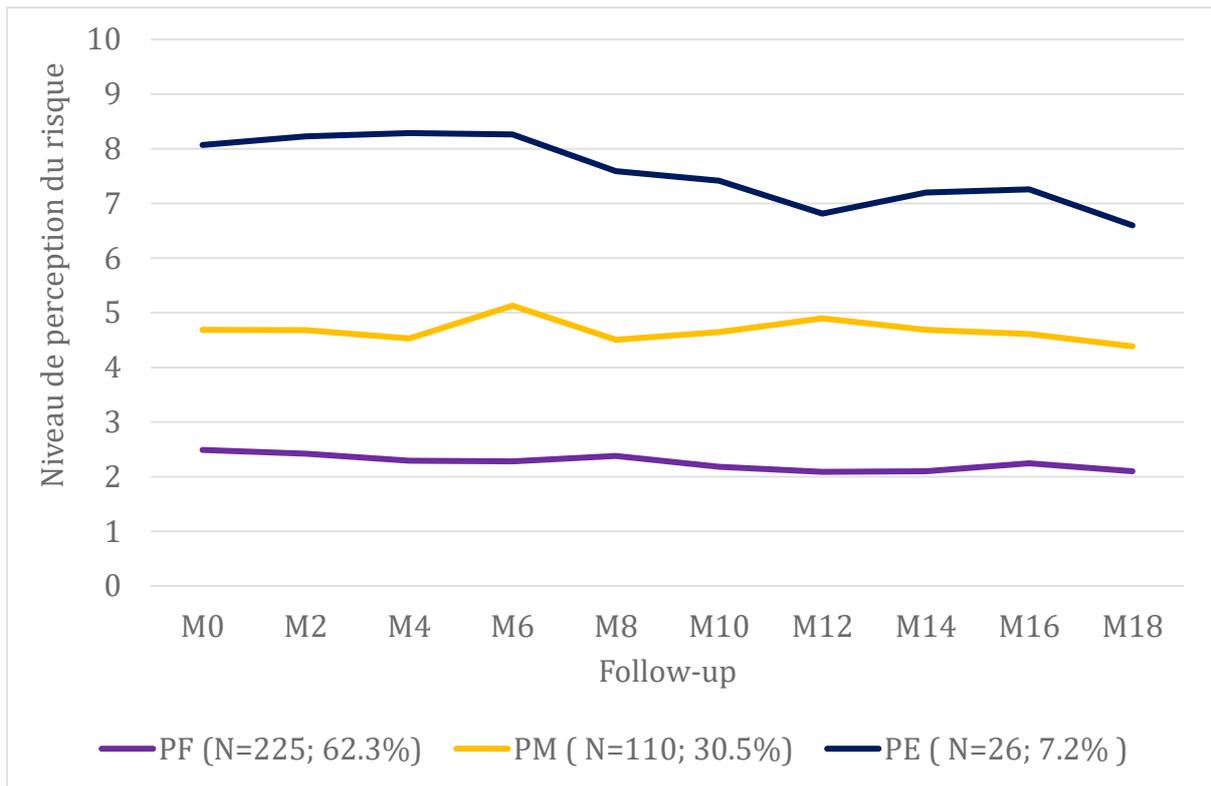


Figure 37. Evolution des trajectoires de perception du risque (n=361).

Tableau 9

Comparaison des caractéristiques principales des participants de chaque trajectoire de PR¹
(n=361)

	PF N=225 (62.3%)	PM N=110 (30.5%)	PE N=26 (7.2%)	P-Valeur
Age-(moyenne[et])	37.9[9.8]	37.2[9.8]	38.9[9.2]	0.67
Niveau d'éducation ²				
> Lycée	204(92.3%)	98(90.7%)	22(84.6%)	0.41
≤ Lycée	17(7.7%)	10(9.3%)	4(15.4%)	
Activité professionnelle ³				
Non	42(19.0%)	16(14.7%)	2(7.7%)	
Oui	179(81.0%)	93(85.3%)	24(92.3)	0.26
Confort du logement ³				
Confortable	17(7.7%)	6(5.5%)	3(11.5%)	
Inconfortable	204(92.3%)	103(94.5%)	23(88.5%)	0.53
A un partenaire principal ²				
Non	121(54.8%)	67(62.1%)	20(76.9%)	
Oui	100(45.3%)	41(37.9%)	6(23.1%)	0.06
Qualité de l'environnement de vie				
Favorisé	204(92.3%)	102(93.6%)	25(96.2%)	0.73
Défavorisé	17(7.7%)	7(6.4%)	1(3.8%)	
Consommation d'anxiolytiques au cours des 12 derniers mois ⁴				
Non	168(77.1%)	75(69.4%)	16(61.5%)	
Oui	50(22.9%)	33(30.6%)	10(38.5%)	0.12
Consommation d'antidépresseurs au cours des 12 derniers mois ⁵				
Non	188(86.2%)	90(84.1%)	21(80.8%)	
Oui	30(13.8%)	17(15.9%)	5(19.2%)	0.71
Nombre de partenaires sexuels au cours des 2 derniers mois (moyenne[et])	9.5[10.5]	15.1[24.5]	17.2[15.3]	0.004
Nombre de rapports sexuels au cours des 4 dernières semaines (moyenne[et])	11.6[11.4]	12.9[16.5]	12.3[10.11]	0.70
Consommation de drogues récréatives au cours des 12 derniers mois ⁶				
Non	136(61.5%)	50(45.9%)	13(50.0%)	

	PF N=225 (62.3%)	PM N=110 (30.5%)	PE N=26 (7.2%)	P-Valeur
Oui	85(38.5%)	59(54.1)	13(50.0%)	0.02
<i>Au cours du dernier rapport sexuel :</i>				
Consommation de cannabis				
Non	201(89.3%)	96(87.3%)	24(92.3%)	
Oui	24(10.7%)	14(12.7%)	2(7.7%)	0.72
Consommation d'alcool				
Non	197(87.6%)	97(88.2%)	23(88.5%)	
Oui	28(12.4%)	13(11.8%)	3(11.5%)	0.98
Consommation de drogues récréatives ⁷				
Non	149(66.2%)	58(52.7%)	16(61.5%)	
Oui	76(33.8%)	52(47.3%)	10(38.5%)	0.06
Rapport anal réceptif				
Non	103(46.8%)	51(46.8%)	10(40.0%)	
Oui	117(53.2%)	58(53.2%)	15(60.0%)	0.80
Rapport sexuel dans un lieu public				
Non	183(83.2%)	88(80.0%)	18(72.0%)	
Oui	37(16.8%)	22(20.0%)	7(28.0%)	0.36

Pvaleur: ANOVA pour les variables continues et test du Chi 2 pour les variables catégorielles.

1 Données collectées à l'inclusion pour les 332 participants ayant participé aux phases *DBP* et *OLE* ou à l'inclusion de *OLE* pour les 29 participants ayant uniquement participé à la phase *OLE* .

2 Six valeurs manquantes

3 Cinq valeurs manquantes

4 Neuf valeurs manquantes

5 Dix valeurs manquantes

6 Deux valeurs manquantes

7 Ecstasy, cocaïne, poppers, GHB/GBL, Ketamine, Viagra

8 Sept valeurs manquantes

Facteurs affectant l'évolution des trajectoires de perception du risque

L'analyse multivariée a identifié les facteurs influençant le niveau de PR à l'intérieur de chaque trajectoire (Tableau 10).

Le nombre de partenaires sexuels au cours des deux derniers mois augmente la PR dans toutes les trajectoires avec un impact plus fort chez les participants ayant une perception du risque élevée. En effet, elle augmente de 0.18 points par partenaire sexuel supplémentaire ($p < 0.001$) comparé à 0.04 ($p < 0.001$) et 0.01 ($p < 0.001$) pour les participants ayant une perception modérée ou faible du risque.

La position réceptive lors du dernier rapport sexuel est également associée à une augmentation de la PR dans les trois trajectoires avec un effet plus important chez les participants ayant une perception élevée (1.55, $p = 0.012$) par rapport aux participants ayant une perception modérée (0.32, $p = 0.009$) ou faible (1.00, $p < 0.001$).

Les rapports sexuels se déroulant dans des lieux publics sont associés à une plus grande PR, que ceux qui se déroulent dans des lieux privés, pour les participants appartenant aux trajectoires PF (0.66, $p < 0.001$) et PE (1.58, $p = 0.032$).

La consommation d'alcool est associée à une augmentation de la PR pour les participants appartenant à la trajectoire PF (0.42, $p = 0.032$) et quant à la consommation de drogues récréatives, elle est simultanément associée à une augmentation de la PR dans les trajectoires PF (0.77, $p < 0.001$) et PM (0.99, $p < 0.001$) et à une diminution de la PR dans la trajectoire PE (-2.37, $p < 0.001$).

Tableau 10

Facteurs affectant l'évolution des trajectoires de perception du risque (n=351¹)

	PF	PM	PE
	Coeff(p-value)	Coeff(p-value)	Coeff(p-value)
<i>Variables explicatives dynamiques</i>			
Nombre de partenaires sexuels au cours des 2 derniers mois	0.01 (p<0.001)	0.04 (p<0.001)	0,18 (p<0.001)
<i>Au cours du dernier rapport sexuel :</i>			
Rapport anal réceptif (ref.Non)	0.32 (p=0.009)	1.00 (p<0.001)	1.55 (p=0.012)
Rapport sexuel dans un lieu public (ref.Non)	0.66 (p<0.001)	0.46 (p=0.058)	1.58 (p=0.032)
Consommation de cannabis (ref.Non)	-0.22 (p=0.284)	0.37 (p=0.190)	-0,22 (p=0.829)
Consommation d'alcool (ref.Non)	0.42 (p=0.032)	-0,06 (p=0.845)	0,25 (p=0.714)
Consommation de drogues récréatives (ref. Non) ²	0.77 (p<0.001)	0,99 (p<0.001)	-2,37 (p<0.001)
		OR	OR
		95% IC[IIQ]	95% IC[IIQ]
<i>Facteurs affectant la probabilité d'appartenir aux trajectoires</i>			
Age	Ref.	0.99[0.96-1.01]	1.01[0.96-1.07]
Niveau d'éducation supérieur au lycée (ref. Non)	Ref.	0.62[0.24-1.60]	0.55[0.10-3.01]
Consommation d'anxiolytiques au cours des 12 derniers mois (ref.No)	Ref.	2.03[1.12-3.68]*	2.44[0.79-7.61]
	BIC ³ = -6208,37 (N=2724)	BIC= -6175,88 (N=335)	
	BIC= -6116,76		

¹ Dix valeurs manquantes² Ecstasy, cocaïne, poppers, GHB/GBL, Ketamine, Viagra³ Bayesian Information Criterion

p-valeur: * <0.05 , ** <0.01 , ***<0.001

Trajectoires d'adhésion à la PrEP et d'utilisation du préservatif :

Le modèle de trajectoires a également permis d'identifier deux trajectoires d'adhésion à la PrEP (Figure 38), les utilisateurs systématiques (US-PrEP), comprenant 69.2% de l'effectif et une probabilité d'utilisation variant entre 0.9 et 1 et les utilisateurs non-systématiques (No-US-PrEP), comprenant 30.8% de l'effectif avec une probabilité d'utilisation variant entre 0.3 et 0.5. La probabilité d'appartenance est de 0.91 pour US-PrEP et de 0.88 pour les No-US-PrEP.

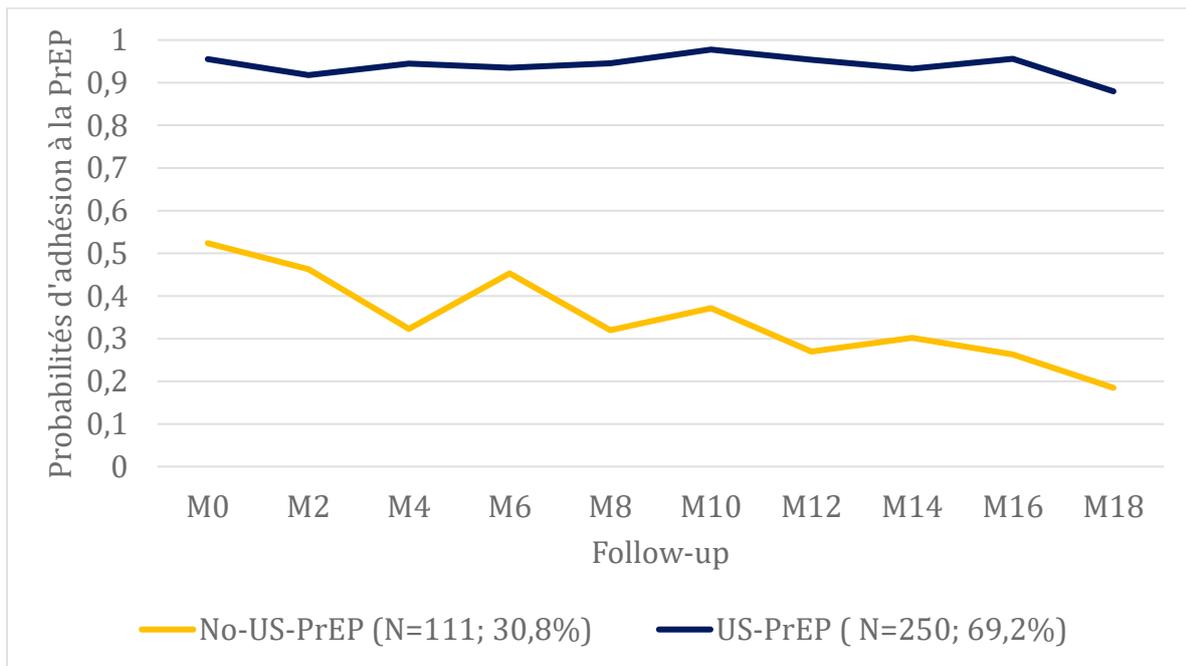


Figure 38. Trajectoires d'adhésion à la PrEP (n=361).

Enfin, deux trajectoires d'utilisation du préservatif ont été identifiées (Figure 39) : faible utilisation (FU-Préso), comprenant 60.9% de l'échantillon avec une probabilité d'utilisation variant entre 0.1 et 0.2 et haute utilisation (HU-Préso), comprenant 39.1% de l'échantillon avec une probabilité d'utilisation variant entre 0.4 et 0.7. La probabilité d'appartenance au groupe FU-Préso est de 0.87 et pour le groupe HU-Préso, 0.89.

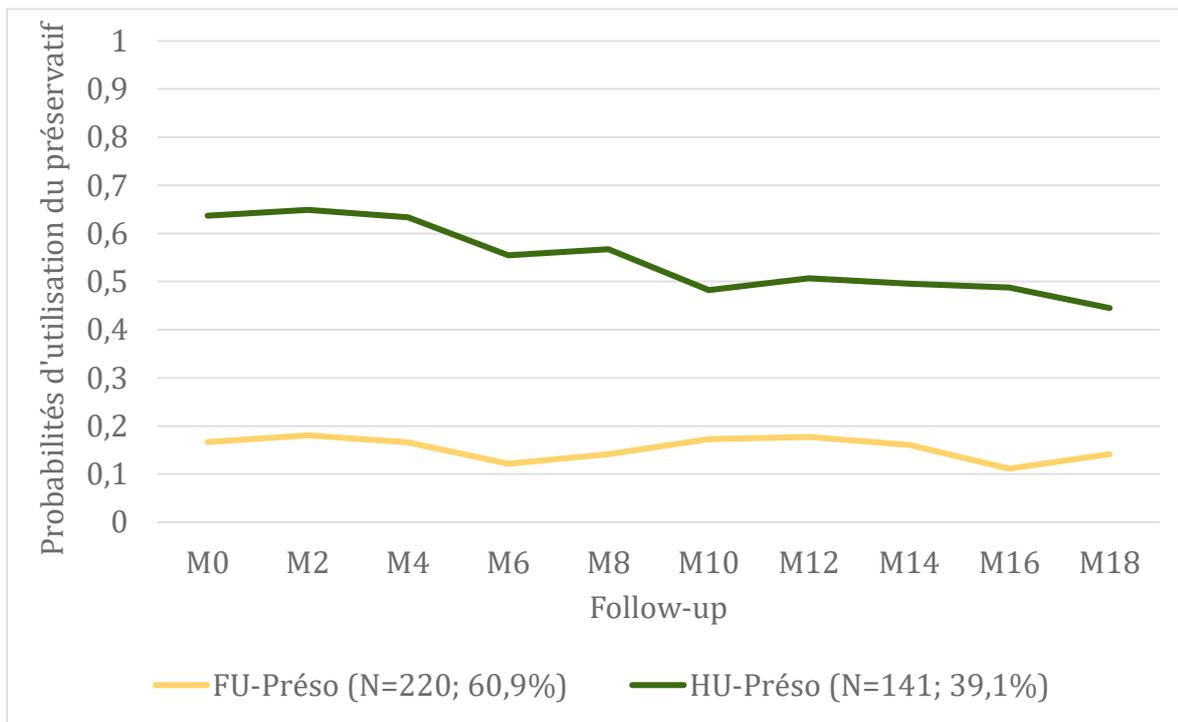


Figure 39. Trajectoires d'utilisation du préservatif (n=361).

Probabilités d'adhésion à la PrEP et d'utilisation du préservatif selon les trajectoires de perception du risque :

Le *joint group-based trajectory modelling* permet d'estimer les proportions de participants appartenant à chaque trajectoire d'adhésion à la PrEP et au préservatif au sein des trajectoires de perception du risque. La figure 40 montre que 61%, 76% et 100% des participants des trajectoires PF, PM et PE, respectivement, appartiennent à la trajectoire d'utilisation systématique de la PrEP (US-PrEP). La probabilité d'utilisation systématique de la PrEP est donc croissante avec le niveau de PR.

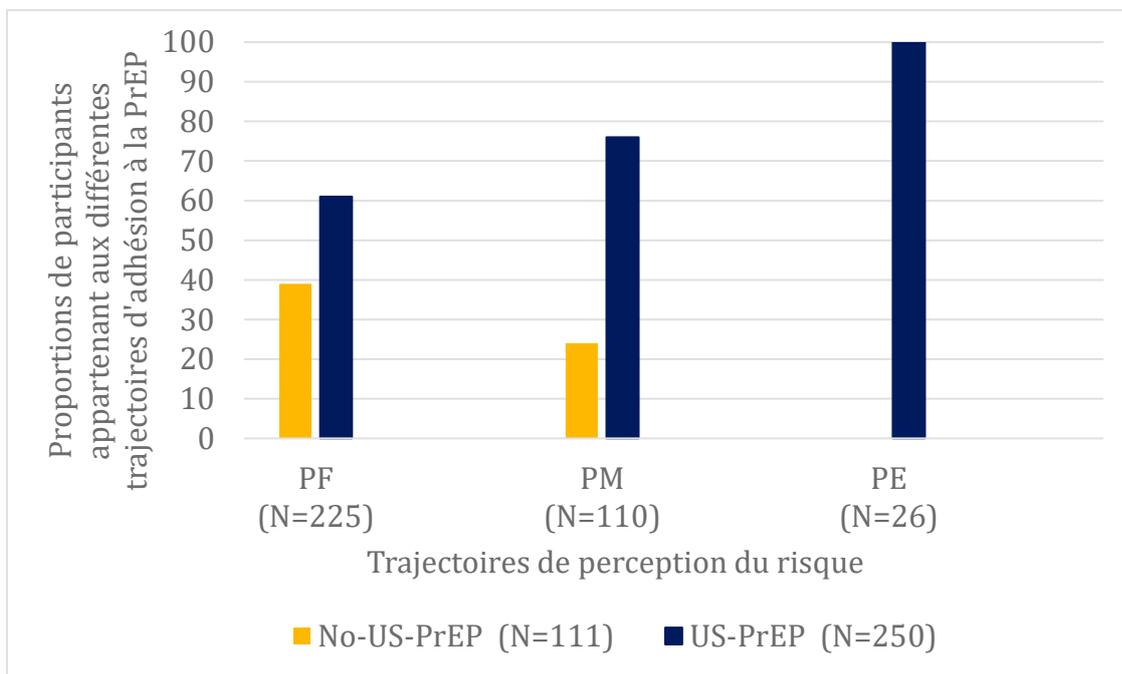


Figure 40. Relation entre la perception du risque et l'adhésion à la PrEP (n=361).

Concernant les trajectoires d'utilisation du préservatif, 51% et 43% des participants des trajectoires PF et PM de PR, respectivement, appartiennent à la trajectoire haute utilisation du préservatif (HU-Préso). En revanche, 100% des participants de la trajectoire PE appartiennent à la trajectoire faible utilisation du préservatif (FU-Préso) (Figure 41).

Par conséquent, contrairement à la PrEP, l'utilisation du préservatif diminue avec l'augmentation de la PR. Toutefois, le modèle souligne que parmi les participants de la trajectoire PE, la non utilisation du préservatif est compensée par une adhésion systématique à la PrEP.

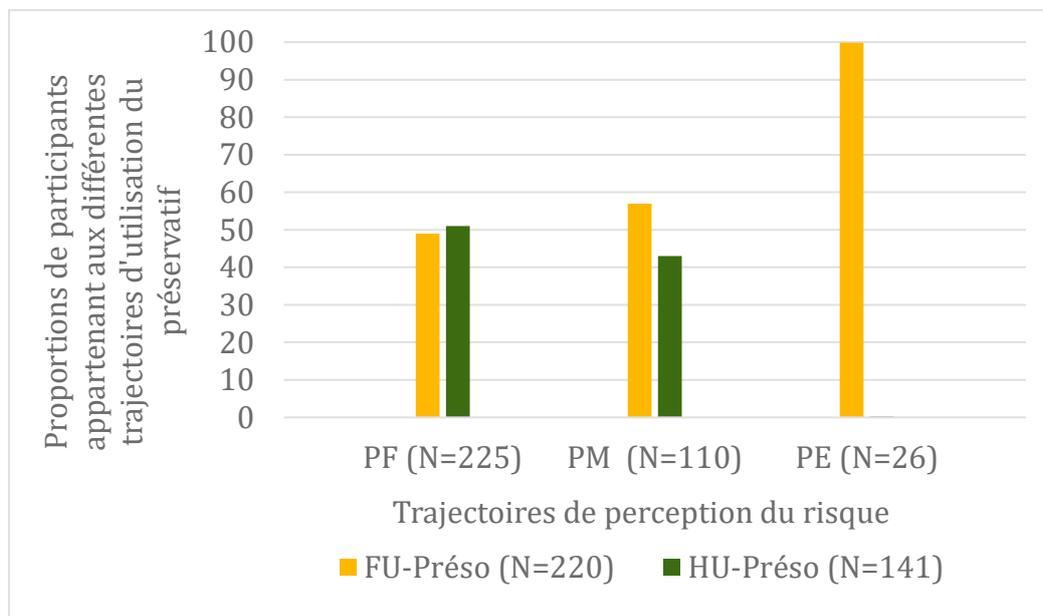


Figure 41. Relation entre la perception du risque et l'utilisation du préservatif (n=361).

2.5 Discussion

Les résultats indiquent que la majorité des participants HSH ont une faible perception du risque durant l'essai. Cette étude ayant été réalisée uniquement pendant la phase ouverte de l'essai, la publication des résultats d'efficacité de la PrEP à la demande et la suppression du bras placebo, ont pu rassurer les participants quant à leur exposition au risque VIH (Storholm, Volk, Marcus, Silverberg, & Satre, 2017).

Les différences estimées entre les trois trajectoires relèvent davantage de facteurs contextuels, comportementaux et psychosociaux, plutôt que sociodémographiques. Les résultats montrent, quelle que soit la trajectoire de perception du risque, que la position réceptive et un nombre de partenaires sexuels élevés sont associés à une hausse de la perception du risque. En revanche, les rapports sexuels se déroulant dans des lieux privés sont perçus comme moins à risque que dans les lieux publics chez certains participants. Il a précédemment été montré que les stratégies de prévention individuelle sont influencées par plusieurs facteurs dont des éléments socioculturels et plus particulièrement le scénario de la rencontre (Apostolidis, 2000). Cependant, cela peut conduire à une adhésion à la PrEP à la demande moins élevée dans ce contexte.

Quant à la consommation de drogue en contexte sexuel, elle semble avoir des effets contradictoires sur la perception du risque. En effet, pour les participants appartenant aux trajectoires ayant une PR faible ou modérée, la consommation de drogue est associée à une prise de risque supplémentaire. Tandis que pour les participants appartenant à la trajectoire PR élevée, elle est associée à une diminution de la perception du risque. Cet impact, de prime-abord contre intuitif, peut laisser supposer que la consommation de drogues récréatives est une stratégie de *coping* permettant d'avoir des rapports sexuels sans le stress d'une infection par le VIH chez des participants ayant tendance à percevoir en moyenne un niveau élevé de risque d'exposition au VIH (Semple, Patterson, & Grant, 2004)

Par ailleurs, la perception du risque est associée positivement à l'adhésion à la PrEP avec une probabilité maximale d'utilisation lorsque les participants perçoivent un niveau élevé de risque contrairement au préservatif dont l'utilisation est décroissante avec le niveau de perception du risque. Cette étude confirme une des conclusions de l'étude 1 selon laquelle la PrEP semble être un outil de prévention adapté aux HSH ayant des comportements sexuels à risque.

Le manque de lien consistant entre perception du risque VIH et utilisation du préservatif dans notre étude n'est pas un résultat isolé (Bryan, Aiken, & West, 1996; Gerrard, Gibbons, & Bushman, 1996). Les théories de l'action raisonnée et planifiée peuvent proposer des pistes d'explication de ce résultat (Albarracín, Johnson, Fishbein, & Muellerleile, 2001). En effet,

Albaraccin et al., mettent en évidence les facteurs, autres que la perception du risque, impliqués dans la prédiction de l'utilisation du préservatif, notamment l'intention, les attitudes et les normes subjectives, et dans une moindre mesure, le contrôle comportemental perçu, en lien avec l'utilisation du préservatif.

Les deux derniers éléments sont particulièrement importants à prendre en considération compte-tenu du caractère social (adhésion du partenaire nécessaire) de l'utilisation du préservatif. De plus, les attitudes et les intentions vis-à-vis du préservatif, peuvent être négatives si ce dernier est associé à une perte du plaisir (Calabrese et al., 2012; Crosby, Yarber, Sanders, & Graham, 2005; Golub et al., 2012; Greene, Andrews, Kuper, & Mustanski, 2014; Sanders et al., 2012). Ces différents éléments peuvent conduire à une utilisation non systématique du préservatif.

Il y a actuellement peu de littérature scientifique concernant les déterminants de l'adhésion à la PrEP. Toutefois, certains freins ont déjà pu être identifiés, tels que le coût (Auerbach, Kinsky, Brown, & Charles, 2015; Eisingerich et al., 2012; Holt et al., 2013; Wheelock et al., 2013), le manque de confiance dans le système médical (Auerbach et al., 2015) et la stigmatisation qui peut être associée à l'utilisation de la PrEP (Auerbach et al., 2015; Eisingerich et al., 2012). Dans le cadre de l'essai ANRS-IPERGAY, l'accès à la PrEP était gratuit, les médecins ont été recrutés pour le suivi des participants sur la base du volontariat et enfin, les participants ont été recrutés par le biais de l'association AIDES. Ce contexte a pu diminuer les barrières associées à l'utilisation de la PrEP. De plus, contrairement au préservatif, l'utilisation de la PrEP ne nécessite pas l'adhésion du partenaire et elle n'est pas associée à une potentielle perte de plaisir (Underhill, 2015), ce qui peut favoriser son utilisation et expliquer nos résultats divergents entre le lien PR-PrEP et PR-préservatif.

Cette étude comporte également plusieurs limites. Tout d'abord, les données analysées ont été collectées dans un essai clinique avec un suivi strict et des participants très motivés par la PrEP. Des données qualitatives auraient pu compléter nos résultats pour avoir une meilleure compréhension des prises de décision sous-jacentes aux stratégies de prévention individuelle. Enfin, l'influence de la perception du risque sur les comportements est majoritairement étudiée dans cette unique direction (perception → comportement) alors que la perception du risque peut aussi être une conséquence des comportements (Huebner, Neilands, Rebhook, & Kegeles, 2011).

Conclusion :

Cette étude montre d'une part que la perception du risque VIH est déterminée par des facteurs dynamiques tels que les comportements, le contexte ou encore des facteurs psychosociaux et d'autre part, qu'il y a un lien fort entre la perception du risque VIH et l'adhésion à la PrEP. La prise de risque VIH ne semble donc pas relever de caractéristiques personnelles ou intrinsèques aux participants.

Cette deuxième étude souligne donc l'importance de la bonne évaluation des risques dans l'adhésion à la PrEP ainsi que la nécessité de s'intéresser aux facteurs pouvant faire diminuer la perception du risque VIH et par extension, l'adhésion à la PrEP.

Synthèse :

Cette deuxième étude visait à évaluer la perception du risque des participants au cours de la phase *OLE* de l'essai. Plus spécifiquement, cette étude a permis d'étudier les différentes classes de participants quant à leur perception du risque VIH et, les déterminants de cette dernière dans chaque groupe. Dans un deuxième temps, cette étude a montré les différents liens qui unissent la perception du risque avec l'adhésion à la PrEP et l'utilisation du préservatif dans l'essai. Pour cela, des modèles de trajectoires développementales ont été utilisés ainsi que des modèles de trajectoires jointes. Il en ressort que la majorité des participants ont une perception du risque faible (62.3%), 30,5% une perception modérée et 7.2% une perception élevée. Ces trois groupes de participants diffèrent significativement, uniquement, par leurs caractéristiques comportementales. En effet, le nombre moyen de partenaires sexuels au cours des deux derniers mois est croissant avec le niveau de perception du risque auquel le groupe des participants est rattaché (*e.g.*, le nombre de partenaire sexuel est plus élevé chez les participants de la trajectoire perception du risque élevé que dans la trajectoire de perception modérée, et ainsi de suite). La même chose est observée concernant la consommation de drogues récréatives au cours des douze derniers mois : elle est croissante avec le niveau de perception du risque des groupes auxquels appartiennent les participants. L'analyse des facteurs dynamiques qui impactent la perception du risque au sein de chaque trajectoire montre que la position réceptive lors des rapports anaux et le nombre de partenaires sexuels au cours des deux derniers mois sont des facteurs qui font augmenter la perception du risque dans toutes les trajectoires. D'autres facteurs comportementaux affectent la perception du risque dans les trajectoires, mais les deux résultats notables sont i) la diminution de la perception du risque chez les participants de la trajectoire de perception élevée lorsqu'ils consomment des drogues récréatives en contexte sexuel et ii) l'augmentation de la perception du risque lorsque les rapports sexuels se déroulent dans des lieux publics chez les participants des trajectoires de perception faible et élevée. Concernant l'adhésion à la PrEP, deux trajectoires de participants sont mises en exergue, une trajectoire d'utilisateurs systématiques (69.2%) et une d'utilisateurs non-systématiques (30.8%). Pour l'utilisation du préservatif, deux trajectoires sont également identifiées, une d'utilisation haute (39.1%) et une d'utilisation faible (60.9%).

Enfin, il a été montré que la proportion d'utilisateurs systématiques de la PrEP au sein de chaque trajectoire de perception du risque est croissante avec le niveau de perception du

risque, avec une proportion maximale dans la trajectoire de perception élevée. En revanche, concernant le préservatif c'est l'effet inverse qui a été identifié.

Les résultats de cette étude sont en lien avec ce qui a été montré précédemment dans la littérature, les stratégies de prévention sont influencées par le scénario de la rencontre (Apostolidis, 2000) et le lien entre perception du risque et utilisation du préservatif est complexe (Bryan et al., 1996; Gerrard et al., 1996). Plusieurs explications peuvent éclairer pourquoi la perception du risque détermine l'adhésion à la PrEP et non au préservatif dans notre étude. Premièrement, conformément aux théories de l'action raisonnée et planifiée (Albarracín et al., 2001) l'intention, les attitudes et les normes subjectives, et dans une moindre mesure, le contrôle comportemental perçu, influencent également l'utilisation du préservatif. Ces facteurs peuvent être plus prégnants pour l'utilisation du préservatif que pour la PrEP, compte-tenu de son caractère social (adhésion du partenaire, intervient durant l'acte), alors que la PrEP est un acte privé qui ne nécessite pas d'adhésion du partenaire et qui peut ne pas être révélé. De plus, le préservatif peut-être associé à une perte de plaisir (Calabrese et al., 2012; Crosby et al., 2005; Golub et al., 2012; Greene et al., 2014; Sanders et al., 2012) contrairement à la PrEP (Underhill, 2015).

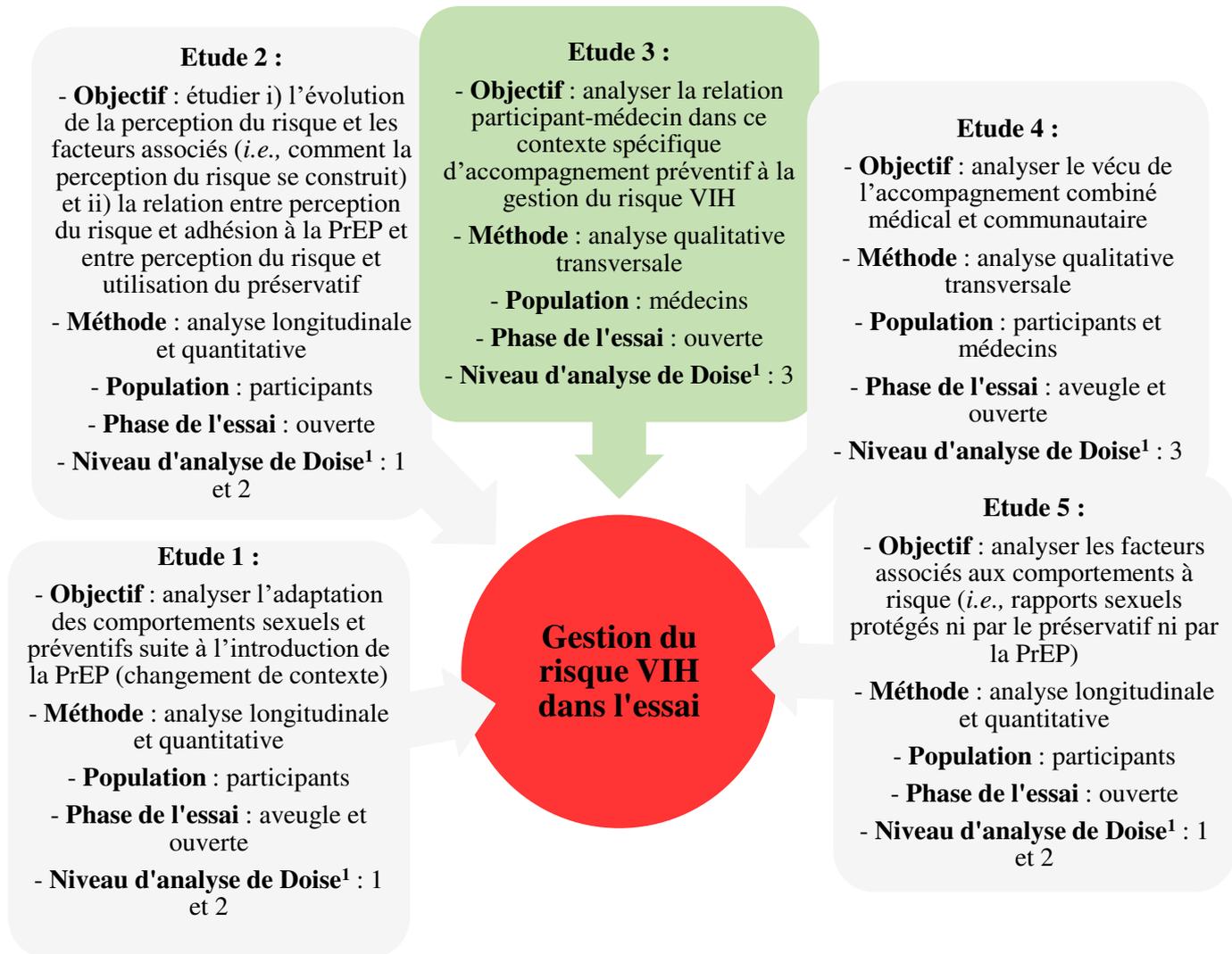
Synthèse des études 1 et 2

Les études 1 et 2 ont permis de montrer que l'accès à un nouveau moyen de prévention, tel que la PrEP, entraîne une reconfiguration de la gestion du risque VIH. En effet, ce changement de contexte dans le paysage des stratégies de prévention du VIH se traduit par une adhésion positive à la PrEP en contexte « réel » (phase *OLE*) et une réduction du nombre de partenaires sexuels. Toutefois, l'utilisation du préservatif diminue au profit de la PrEP. Nous avons vu que plusieurs éléments peuvent expliquer l'utilisation insuffisante du préservatif, comme la perte de plaisir et le manque d'intimité associé à son utilisation, ou encore la négociation avec le partenaire. La PrEP n'étant pas soumise à cet ensemble de facteurs, ou dans une moindre mesure, elle pourrait permettre de pallier aux freins du préservatif. L'étude 2 souligne les différentes relations entre perception du risque VIH et adhésion à la PrEP et entre perception du risque VIH et utilisation du préservatif. Le lien fort entre perception du risque et adhésion à la PrEP laisse entendre que lorsque les barrières liées à la qualité de vie sexuelle et à l'adhésion du partenaire aux stratégies de prévention sont moindres, la relation entre la perception du risque et les comportements de prévention est plus linéaire. Par ailleurs, le contexte, les comportements sexuels actuels et les variables psychosociales, semblent être des éléments clé dans l'évaluation des risques.

Ces deux études soulignent le rôle potentiel qu'a pu jouer l'accompagnement médical et communautaire (*e.g.*, *counseling* communautaire, crainte de la stigmatisation diminuée dans la relation avec les médecins) dans les comportements sexuels et préventifs observés, notamment dans l'adhésion à la PrEP. C'est pourquoi les deux prochaines études s'intéressent d'une part à la relation participant-médecin dans l'essai et d'autre part, au vécu de l'accompagnement combiné médical et communautaire. La première est fondée sur le point de vue des médecins et la seconde sur le regard croisé des médecins et des participants. La prise en compte de la nature de ces facteurs relationnels permettra de mettre en perspective les résultats obtenus dans ces deux premières études avec le contexte relationnel mis en place dans le cadre de l'essai.

3. Étude 3 : la relation participant-médecin

Rappel :



¹ 1 = niveau intra-personnel ; 2 = niveau interpersonnel ; 3 = niveau positionnel et 4 = niveau idéologique

3.1 Introduction

La prescription de la PrEP entraîne une nouvelle forme de relation patient·e-médecin fondée sur le risque d'infection par le VIH chez les personnes séronégatives. Cette nouvelle relation est donc centrée sur la prévention. En tant qu'outil de prévention biomédicale soumis à une prescription, la mise en œuvre optimale de la PrEP nécessite une implication active des médecins, notamment dans les discussions sur les pratiques sexuelles avec les HSH séronégatifs (Mayer et al., 2012). Underhill et al., (2015), soulignent que les difficultés rencontrées par les médecins pour discuter des pratiques et de l'orientation sexuelle avec leurs patient·e·s, peuvent compromettre la mise en place de la PrEP. Dans ce contexte, le *Center for Disease Control and Prevention (CDC)* recommande aux médecins de parler régulièrement à leurs patient·e·s de leurs comportements sexuels (Mayer et al., 2012). Cependant, 73.4% des visites concernant le dépistage et/ou le traitement des IST ne documentent pas les prises de risque sexuel des patient·e·s, comme le recommandent les *CDC*. Cela souligne le manque de communication des médecins et leur difficulté à discuter des comportements sexuels (Hoover et al., 2010).

Au-delà de la mise en œuvre de la PrEP, les médecins jouent également un rôle dans l'adhésion au traitement. En effet, la qualité de la relation patient·e-médecin est un des déterminants de l'adhésion chez les PVVIH (Preau et al., 2004; Schneider et al., 2004). Cette dernière peut en effet influencer les comportements des patient·e·s et notamment leurs attitudes envers les soins (Alexander et al., 2012; Beach et al., 2006; Davis-Michaud et al., 2004; Murri et al., 2002; K. J. Roberts, 2002; Schilder et al., 2001).

Bien que la relation patient·e-médecin soit un des déterminants de la qualité de vie liée à la santé, elle est peu documentée dans le champ de la prévention, y compris dans le cadre de la prescription de la PrEP.

L'objectif de cette troisième étude est donc d'étudier comment les médecins perçoivent leur relation avec les participants dans l'essai ANRS-IPERGAY. Le terme «relation participant-médecin» est utilisé dans cette étude, car plusieurs médecins interrogés ont estimé que l'utilisation du terme patient (utilisé ici uniquement pour les références bibliographiques) est inappropriée pour les consultations préventives.

3.2 Analyses

Cette étude se base sur le corpus d'entretiens (n=18) réalisés auprès des médecins. L'analyse des entretiens a été réalisée par le biais d'une analyse thématique de contenu (Bardin, 2016) afin d'extraire dans un premier temps les thèmes principaux du discours, puis de trouver les corrélations et les relations entre ces thèmes. L'analyse a été conduite en deux phases.

Premièrement, une analyse verticale a été réalisée pour chaque entretien afin d'identifier les extraits dans le discours des médecins concernant leur relation avec les participants. Et ensuite, une analyse horizontale a été menée en utilisant la thématique continue, qui consiste à identifier des thèmes dans le discours et à construire simultanément l'arbre thématique (Paillé & Mucchielli, 2013). Les différences et les similitudes entre les thèmes ont ensuite été analysées. Les résultats sont présentés ci-dessous et illustrés par des citations des médecins.

3.3 Résultats

L'analyse du discours des médecins montre que leur relation avec les participants peut-être décrite à travers quatre principaux thèmes : i) vécu de la relation, ii) confiance et non-jugement, iii) climat relationnel positif et iv) influence des caractéristiques du médecin sur la relation. Douze médecins ont abordé au moins deux de ces thèmes et six uniquement un.

3.3.1 Vécu de la relation

L'analyse du discours montre que les médecins rapportent deux types d'expérience dans leur relation avec les participants. Pour certain·e·s, une nouvelle forme de relation s'est développée pendant l'essai, dans laquelle les participants ont un rôle actif, ce qui rend la relation plus équilibrée et partagée que leurs consultations hors essai.

« On ne peut plus être dans une médecine à l'ancienne, une médecine à papa où on est très dirigiste et d'autant plus quand on se retrouve, j'allais dire, face à des citoyens qui viennent et qui ne présentent pas de pathologie donc entre guillemets, ils sont pas à la merci de la médecine quoi. Voilà. Ils ont pas un peu le couteau sous la gorge comme les autres quoi. Donc, c'est... Je pense que le contexte, il faut en tenir compte et ça je pense que c'est important. Je pense que dans la façon d'aborder la PrEP effectivement euh... C'est pas la même demande qu'un traitement pour être curatif ou palliatif par exemple. C'est quand même une approche un petit peu différente. Et je pense que la position du médecin, elle est aussi, elle est aussi très différente dans ce cas-là, elle est un peu différente dans ce cadre-là. Mais, ça la rapproche finalement de ce qu'elle devrait, enfin devrait être, à mon sens, avec la médecine actu, avec la médecine moderne, je pense en tous les cas. »

Pour d'autres en revanche, il n'y a aucun changement dans la relation, les médecins considèrent les participants comme des patients habituels. Selon eux·elles, ils·elles avaient déjà une relation patient·e-médecin non paternaliste avant l'essai. Le caractère préventif de la consultation ne modifie pas le statut de patient car la prévention fait partie intégrante de leur travail et être patient·e ne signifie pas nécessairement avoir une maladie.

« Je vais vous dire mon point de vue. Pour moi ça reste des patients. Ils viennent voir un médecin, ils sortent avec des conseils ou euh, voilà, c'est un patient. Quand je vois une euh... C'est tout, c'est juste pour taire ce débat-là, mais euh pour moi, quand je vois, j'étais médecin, euh, j'étais enfin je suis, oui j'étais médecin généraliste mais je travaillais en ville avant, je suis

désolé, je vois une, une jeune femme qui vient me voir pour sa pilule etc., ça reste une patiente pour moi. Pourtant elle n'est pas malade devant moi et voilà. On a pas besoin d'être malade pour devenir patient. Voilà. (...) Il y a une relation qui a toujours été un patient, un patient et un médecin, voilà. On n'a jamais dit malade médecin. On dit patient. Donc voilà le débat est clos pour moi. Ça peut être des patients sans problème »

Un petit nombre de médecins ont rapporté par ailleurs des difficultés relationnelles avec les participants. Le niveau élevé de connaissances de ces derniers ainsi que leurs questionnements, liés notamment à la consommation de drogues récréatives sous PrEP, durant les consultations, ont conduit certain·e·s médecins à se sentir remis·e·s en question dans leur statut professionnel. La forte implication et le questionnement des participants ont été perçus comme une forme de défiance pour ces médecins.

« On est face à des gens très éduqués, qui challengent énormément, qui ont un rapport d'égalité très fort au médecin. Non seulement parce qu'ils sont pas malades mais aussi parce qu'ils viennent de milieux sociaux très aisés et je pense que ça, ça joue aussi dans cette espèce de sensation en consultation, d'être euh, d'être beaucoup moins tout puissant qu'on l'est en consultation habituelle. C'est des gens qui ont des hauts niveaux d'étude qui savent lire, qui savent euh, lire au sens euh, décrypter l'information et euh, qui se contentent, qui se satisfont pas euh, de réponses toutes faites. Donc euh, quand on leur dit de pas consommer par exemple certains toxiques, lesquels ? Lequel est le plus toxique ? Par quel mécanisme il est toxique ? Associé à quoi il est toxique »

Le contexte particulier de prescription d'un traitement préventif, qui plus est dans un essai clinique, a favorisé chez une partie des médecins le développement d'une nouvelle perception de leur statut et de leur rôle. Les résultats montrent qu'une relation partagée, voire partenariale, est une situation nouvelle pour certain·e·s médecins. Les données sociodémographiques indiquent que ces dernier·ère·s sont plutôt des médecins spécialistes en infectiologie et qu'à *contrario*, les médecins généralistes sont ceux·celles qui déclarent davantage avoir des relations patient·e-médecins équilibrées et partagées avant l'essai.

Les pratiques professionnelles développées avant l'essai semblent donc influencer l'expérience des médecins avec les participants. Être face à des participants séronégatifs avec un niveau de connaissances élevé rend difficile la mise en place d'une relation paternaliste. Cela implique pour certain·e·s médecins de développer de nouvelles pratiques professionnelles. Ces dernières

peuvent être définies comme des « systèmes complexes d'actions et de communication socialement investis » (Blin, 2010, p.142). Un changement dans les pratiques professionnelles peut également affecter les représentations professionnelles qui sont l'expression de ces pratiques (Blin, 2010). En effet, les représentations professionnelles se forment à partir de l'environnement de travail et des interactions et elles influencent les valeurs, les attitudes et les théories implicites des individu·e·s (Blin, 2010). D'après le modèle théorique du système des activités professionnelles, les pratiques, les représentations et les identités professionnelles représentent un agencement ordonné capable de s'adapter aux contraintes de l'organisation et de s'autoréguler en agissant les unes sur les autres (Blin, 2010). Dans cette étude, les changements de pratiques faisant suite aux changements de relations avec les participants ont également eu un impact sur la définition du patient et sur la représentation de la profession de médecin.

« J'espère que j'ai dépassé ce rôle de, juste passer des coton-tige à droite et à gauche et puis signer des ordonnances. »

« si on est dans une posture euh...entre guillemets de toute puissance et dirigiste. Voilà. Ça là-dessus, c'est indéniable. Pour des médecins qui sont comme ça, ils vont se heurter à des murs, ça c'est certain. Euh...voilà. Maintenant pour des médecins qu'ont un autre abord, qu'ont une autre expérience, qui abordent les choses un petit peu différemment, je pense que c'est pas très, très difficile. Mais ça renvoie effectivement, le médecin n'a... Ouais, il est plus dans la tout puissance, dans... Voilà. Oui, oui, je vois bien, je pense que c'est un rôle assez différent »

3.3.2 Confiance et non jugement

Les médecins considèrent que la confiance et le non jugement développés durant l'essai avec les participants sont des éléments essentiels pour aborder des thèmes tels que les pratiques sexuelles, la consommation de drogue récréative ou encore la vie personnelle des participants (sexe transactionnel, relations familiales et amoureuses etc.). Cela a également permis à certains participants de se servir de ces consultations pour d'autres demandes de soin (soutien psychologique, prise en charge des addictions, santé générale). L'absence de jugement permet également aux participants une réflexion conjointe avec les médecins sur leurs comportements de prise de risque et aide également les médecins à développer leur façon d'aborder l'accompagnement en prévention. Les médecins rapportent que ces consultations leurs ont permis de devenir plus ouvert·e·s aux besoins des participants et qu'ils-elles sont plus favorables aux stratégies de réduction des risques qu'auparavant.

« Aborder la sexualité, je pense c'est déjà tellement compliqué à la base, que quand ça se passe bien, quand c'est avec une équipe qui est bienveillante, ça, ça, ça libère, ça délie les langues et ça permet de parler de tout hein. J'ai des consultations, on n'a pas parlé une seconde de sexualité mais juste de la maman mourante. Mais, mais vraiment ce lien de confiance, je pense que une fois qu'on a atteint la, la, la, la sexualité, qu'on a pu parler sexualité, on peut parler de tout. »

« Il y a une vraie relation qui s'est établie et une relation de confiance où justement on a pu parler euh, de prise de drogues, et essayer de les accompagner au mieux euh, pour qu'ils s'en sortent euh. Après on a pu parler de, de, de relations sexuelles assez ouvertement et ils se confient maintenant même totalement et euh voilà. Non, y'a une vraie relation qui s'est établie. »

« Après avec la grande majorité ça se passe hyper bien hein. La grande, grande majorité c'est des consultations qui sont agréables parce qu'on parle d'autres choses en plus. On parle de sexualité, on parle de boulot, on parle de relations amoureuses. C'est vachement important de connaître ça des patients. J pense qu'on peut pas faire de prévention sans connaître le statut amoureux des gens, savoir s'ils sont en couple stable, s'ils sont heureux, si euh »

« Ça va être sur le plan du psy, que sur le plan des consommations des toxiques, sur le point de vue des, des, des, des IST quand ils sont là, quand elles sont là, ou d'autres, d'autres problèmes de santé qu'ils avaient et euh, et euh, quand ils venaient, on en profitait pour pouvoir... On était un peu leur médecin traitant aussi en même temps »

3.3.3 Climat relationnel positif

Les médecins ont déclaré que durant les consultations, les échanges avec les participants étaient enrichissants et humainement intéressants. De plus, selon eux·elles, une forme d'attachement réciproque s'est développée avec les participants. Cela se traduit notamment pour les participants par des inquiétudes liées à l'arrêt de l'essai et à l'interruption du suivi personnalisé et rapproché dont ils ont bénéficié.

Le suivi des participants (médical et communautaire) a été assuré au sein d'un service hospitalier. Ce dernier est souvent caractérisé par la standardisation et la gestion des situations d'urgence (Bureau, 2013). Toutefois, dans le cadre des maladies chroniques, les médecins sont

également considéré·e·s comme des personnes ressources impliquées dans le soin des patient·e·s, mais aussi dans une relation empathique avec elles·eux (Barthassat et al., 2009). Par conséquent, l'enjeu pour les médecins est de fournir une relation de soin personnalisée dans un contexte hospitalier standardisé (Bessin, 2014; Peigné, 2011). Dans le cadre de l'essai, il est possible que les moyens mis à la disposition des médecins, en termes d'horaires et de durée des consultations notamment, aient favorisé le développement de cette relation participant-médecin positive et de tendre vers une personnalisation de l'accompagnement.

« Il faut être à la fois suffisamment docteur mais en même temps avoir une relation comme on parle d'intimité, on en parlait tout à l'heure, faut être euh... Y'a des patients euh y faut être un peu pote euh mais en même temps dire euh voilà. Y'a des patients où y faut être très docteur. Y'a des patients où ouais. Mais je pense qu'en majorité quand même ils aiment bien le côté d'ailleurs on a beaucoup de patients qui nous tutoient, ce qui est pas souvent le cas euh pour des consultations de médecine standard euh, et je pense que justement ils ont besoin de cette proximité-là pour euh justement après euh pouvoir parler très librement donc voilà, je, je, je les empêche pas de me tutoyer. »

« Moi, je pense que là, pour le coup, c'est pour ça que je continue d'ailleurs, c'est une des raisons pour laquelle je continue, c'est que humainement parlant, c'est très intéressant. »

« Et les gens étaient contents, enfin vraiment c'était euh, c'était une bonne entente quoi. si bien que quand on parle avec les, les participants Ipergay, ils sont inquiets de voir qu'on aura un suivi tous les trois mois plutôt que tous les deux mois, dans la PrEP »

« C'est pas des consultations comme les autres. Et on le sent tous. Et d'ailleurs on est tous attachés à nos patients, très attachés aux patients d'Ipergay, certains plus que d'autres. Mais on est triste que ça se finisse parce que c'est des moments que finalement on n'a pas avec tous les patients. Et euh comme on parle d'intimité ça nous renvoie aussi à nous-mêmes. »

3.3.4 Influence des caractéristiques du médecin sur la relation

Pour les médecins, la proximité en terme d'âge, d'orientation sexuelle ou de genre, sont des éléments facilitateurs de la communication, en particulier pour discuter des pratiques sexuelles et des consommations de drogues récréatives. Les médecins perçoivent qu'appartenir à la

population HSH est un avantage dans la relation avec les participants du fait des connaissances qui y sont associées.

Appartenir au même groupe social que les participants semble être un levier favorisant les discussions pendant les consultations. Cela peut être expliqué par la théorie de l'auto-catégorisation, lorsqu'une personne se perçoit comme membre d'un groupe et considère qu'elle partage les mêmes caractéristiques et comportements que les autres membres de ce groupe (Abrams, Wetherell, Cochrane, Hogg, & Turner, 1990; Licata, 2007).

« Je suis aussi un médecin très jeune dans, dans l'équipe, le plus jeune. Euh, je pense que ça a permis, ça m'a permis d'avoir une approche, une accroche avec certains participants assez honnête euh, de pouvoir démedicaliser mon langage aussi et de comprendre ce que c'est que le, le milieu euh, communautaire gay lyonnais étant moi-même homosexuel euh, de pouvoir aborder des thématiques d'utilisation de produits que certains médecins ne connaissent peut-être pas. »

« Je trouve que c'est assez fluide dans les relations qu'on a euh avec les patients. Euh, euh je pense que j'ai euh, qu'il y a quand même un avantage euh, certain enfin, euh, à, à, à être homo parce que euh on, moi je connais mieux le, je connais un peu le milieu, je connais un peu ce qui se passe et puis je pense que les patients ils ont plus, moi d'une part je vais aborder des pratiques sexuelles qui sont pas forcément abordées ou abordées facilement euh soit par euh, les filles encore je pense que ça va. C'est peut-être plus une question d'âge. Euh je pense que quand on est jeune on est un peu plus euh à même de poser certaines questions. C'est vrai que chez des patients il y a des médecins plus âgés qui me disent « Ah je suis content d'avoir un jeune parce que euh c'est plus simple pour moi, euh y'a pas la différence enfin. »

3.4 Discussion

Dans l'essai, la relation participant-médecin semble reposer principalement sur la confiance et le non-jugement pendant les consultations. Éléments essentiels selon les médecins pour assurer un suivi personnalisé et adapté aux participants et les maintenir dans l'essai.

Par ailleurs, les résultats montrent que le terme «patient·e» n'a pas la même signification pour tous les médecins. Pour certain·e·s, ce terme est exclusivement réservé à une personne atteinte d'une maladie, tandis que pour d'autres, toute personne consultant un·e médecin est un·e patient·e. Les médecins considérant toute personne consultant un·e médecin comme un·e patient·e déclarent davantage avoir des relations patient·e·s-médecins équilibrées et partagées avant l'essai. Ce sont majoritairement des médecins généralistes. Du fait de leur spécialité, ces médecins ont davantage l'habitude de conduire des consultations en prévention. Pour les autres médecins, principalement les spécialistes des maladies infectieuses, la relation avec les participants de l'essai est nouvelle pour eux·elles, et la plupart ne considèrent pas les participants comme des patients.

Les résultats de cette étude suggèrent l'importance de mettre en œuvre l'approche patient·e comme partenaire lors des consultations PrEP, que ce soit pendant l'essai ou dans le cadre des consultations PrEP hors essai (Karazivan et al., 2015b). Comme nous l'avons vu précédemment, cette approche considère les patient·e·s comme membres à part entière de l'équipe médicale, apportant ainsi leur expertise unique issue de leur expérience (Karazivan et al., 2015b). Bien que cette approche ait été introduite dans le contexte des maladies chroniques afin de favoriser l'autonomie des patient·e·s dans la gestion de leur santé, elle peut également s'avérer pertinente dans le contexte de la prévention biomédicale telle que la PrEP. Le suivi étroit et le rôle actif des patient·e·s dans leur propre parcours de soins sont les éléments essentiels de cette approche que nous retrouvons également dans la relation participant-médecin de notre étude. L'implication des participants dans les consultations et la gestion de leur traitement préventif ont été spontanées de leur part.

Dans le domaine du VIH, les patient·e·s et les militant·e·s ont joué un rôle important dans les progrès de la recherche (Demange et al., 2012). Les patient·e·s sont devenu·e·s des expert·e·s et, en raison de leurs connaissances spécifiques sur le VIH, une relation patient·e-médecin paternaliste n'est pas adaptée à leur profil (Boudier, Bensebaa, & Jablanczy, 2012). De plus, l'essai ANRS-IPERGAY était une recherche communautaire (Morin, Terrade, & Préau, 2012) dont le but est de mobiliser les connaissances profanes et expérientielles afin d'encourager la transformation sociale (Morin et al., 2012), ce qui favorise, de fait, une place centrale pour les participants dans les échanges. Enfin, l'enjeu de l'essai était également d'avoir un *feedback* de

la part des participants concernant la PrEP (adhésion, effets secondaires, dépistages VIH et IST) et le suivi associé afin de savoir comment mettre en œuvre la prescription de la PrEP dans un contexte hors essai clinique.

Nous pouvons supposer que ce contexte a favorisé l'autonomisation des participants et le développement d'un statut de « patient-partenaire ».

Toutefois, certain·e·s médecins ont maintenu leur posture paternaliste durant les consultations. Ces dernier·ère·s avaient moins d'expérience professionnelle que les autres. Cela peut expliquer leurs difficultés à adapter leur pratique professionnelle à la situation présente.

Le changement de statut, de positionnement des participants, affecte également le statut des médecins. Dans ce contexte, les médecins peuvent soit choisir de s'appuyer sur le savoir profane et expérientiel des patient·e·s dans leurs pratiques professionnelles, soit se positionner en résistance face à ce changement et instaurer un positionnement paternaliste (Boudier et al., 2012). Ces deux facettes ont été observées dans l'essai.

Cette étude comporte plusieurs limites. Premièrement les données ont été recueillies dans le cadre d'un essai, et plus particulièrement dans le contexte d'une recherche communautaire. Certain·e·s médecins impliqué·e·s dans l'essai ANRS-IPERGAY sont également des militant·e·s dans la lutte contre le VIH/SIDA. Par conséquent, ils·elles étaient probablement plus disposé·e·s à s'engager dans une nouvelle forme de relation patient·e-médecin. De plus, les participants de l'essai ont été recrutés par une association communautaire et sont particulièrement bien informés sur les stratégies de prise de risque et de prévention. Cela peut avoir influencé la nature de la relation participant-médecin. Par ailleurs, les moyens mis à la disposition des médecins pour l'essai, notamment en termes de temps de consultation, ont favorisé la communication avec les participants. Cependant, cela ne reflète pas les situations quotidiennes où le temps de consultation est limité.

Conclusion :

Les consultations de PrEP dans le cadre de l'essai conduisent à une reconfiguration des échanges participants-médecins avec une plus grande place accordée aux participants. Le triple contexte d'essai clinique, de suivi préventif et de recherche communautaire, a permis à une partie des médecins de développer leurs compétences d'écoute et d'accompagnement. Cette reconfiguration a également influencé la représentation des médecins de leur rôle auprès des participants. L'expérience professionnelle des médecins précédant l'essai est également un facteur déterminant de leur posture dans l'essai.

Synthèse :

Cette troisième étude visait à étudier la relation participant-médecin dans l'essai par le biais d'une étude qualitative conduite auprès des médecins de l'essai. A l'aide d'une analyse thématique de contenu, quatre principaux thèmes ont été identifiés, i) le vécu de l'essai, ii) la confiance et le non jugement, iii) le climat relationnel positif et iv) l'influence des caractéristiques du médecin sur la relation. Ces quatre thèmes font ressortir l'expérience positive de l'essai pour la majorité des médecins. Trois catégories de médecins, associées à des pratiques, ont été mises en exergue. Premièrement, les médecins spécialistes en infectiologie ont rapporté un véritable changement dans leur posture vis-à-vis des participants, du fait de l'implication active de ces derniers dans les consultations et de la nature des échanges. Cela les a conduit à considérer les participants autrement que comme des patients. L'expérience d'une relation autre que de type paternaliste était une nouveauté pour ces médecins et a permis de développer davantage leurs compétences relationnelles et d'écoute. Deuxièmement, les médecins généralistes, contrairement au premier groupe, considéraient les participants comme étant des patients classiques. En effet, ces derniers, par leur spécialité, ont l'habitude de recevoir des patients pour des consultations de prévention et d'avoir des consultations non paternalistes.

Ces deux catégories de médecins rapportent un vécu très positif de l'essai, notamment sur le plan humain.

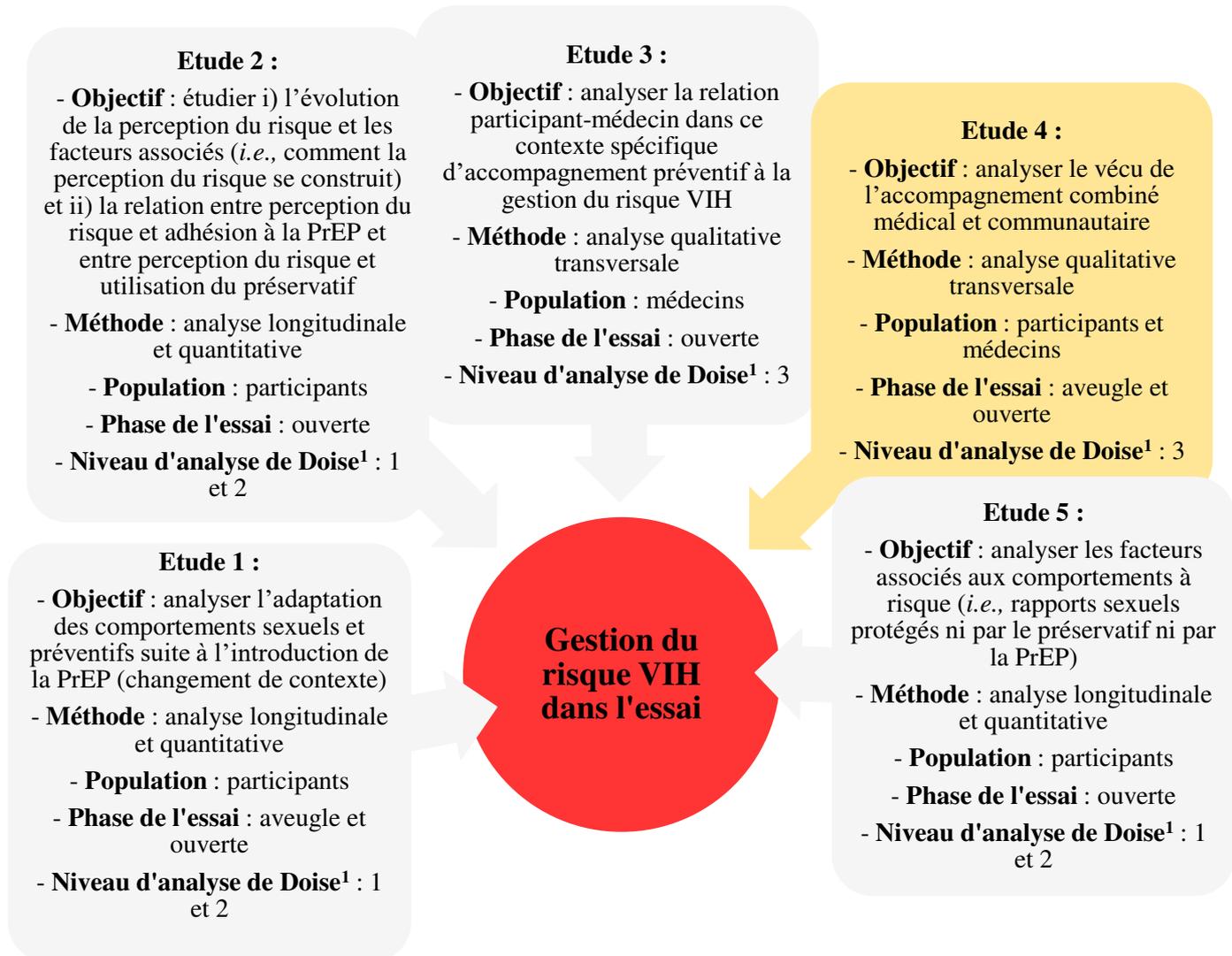
La dernière catégorie concerne une minorité de médecins qui a rencontré des difficultés dans la relation avec les participants, notamment dû à une résistance à changer leur posture pour s'adapter à la particularité du contexte. Ces médecins étaient jeunes dans la profession, cela peut expliquer leur difficulté à faire face à un nouveau type de consultation et à des participants très éduqués avec un niveau de questionnement élevé.

Globalement, la relation participant-médecin semble être très positive dans l'essai et basée sur le développement de la confiance et du non-jugement.

Toutefois, cette étude a été réalisée uniquement à partir du discours des médecins. Elle ne prend pas en considération l'influence que les AC ont pu avoir sur le positionnement des médecins ni le vécu des participants. C'est pourquoi l'étude suivante propose un regard croisé médecin-participant sur le suivi combiné médical et communautaire.

4. Étude 4 : Accompagnement médical et communautaire dans un essai de prévention biomédicale : vers une nouvelle forme d'éducation thérapeutique?

Rappel :



¹ 1 = niveau intra-personnel ; 2 = niveau interpersonnel ; 3 = niveau positionnel et 4 = niveau idéologique

4.1 Introduction

L'accompagnement des patient·e·s dans le champ du VIH, et de la santé en général, est un enjeu majeur des problématiques d'adhésion. C'est en ce sens que l'OMS (WHO-Europ, 1998) a proposé le développement de programme d'ETP, définis comme un ensemble d'activités d'information, de conseil et d'apprentissage permettant aux personnes de mobiliser des compétences et des attitudes afin qu'elles vivent le mieux possible avec la maladie et les traitements. Un des enjeux de l'ETP vise à transformer et améliorer les relations soignant·e·s–soigné·e·s par la modification des rôles qu'elle induit : les patient·e·s sont censé·e·s devenir des partenaire·s actif·ve·s et compétent·e·s pour leur prise en charge ; les soignant·e·s revêtent le rôle d'accompagnateur·rice, ils·elles facilitent l'apprentissage et potentialisent les compétences des patient·e·s (D'Ivernois & Gagnayre, 2001; Tourette Turgis & Rebillon, 2002). La progression des stratégies de prévention biomédicales, telle que la PrEP, a remis au cœur du débat la question de l'accompagnement dans la gestion de l'adhésion aux traitements mais cette fois-ci dans un contexte spécifique puisque les personnes ne sont pas malades. C'est dans ce contexte que l'essai ANRS-IPERGAY a mis en place une nouvelle forme d'accompagnement qui allie acteur·rice·s médicaux et communautaires. Dans ce protocole, les AC étaient joignables par téléphone ou sms, et cela en dehors des rendez-vous si cela s'avèrerait nécessaire. C'est également eux·elles qui étaient en charge de joindre les participants lorsque les résultats des dépistages effectués nécessitaient de revenir consulter le médecin. Cela, ajouté aux séances de *counseling* bimensuel réalisées avec les participants.

La collaboration des médecins avec des acteur·rice·s associatif·ve·s au sein même de l'hôpital est innovante. Cet essai constitue une opportunité pour évaluer le bénéfice d'un accompagnement reposant sur la collaboration de médecins et d'AC dans le champ de la prévention biomédicale.

L'objectif de cette étude est double, d'une part étudier la perception et le vécu des médecins par rapport à cette collaboration et son impact sur leur positionnement vis à vis des participants, et d'autre part, investiguer le vécu des participants quant à l'accompagnement médical et communautaire de l'essai ANRS-IPERGAY.

4.2 Analyses

Pour répondre à l'objectif de cette quatrième étude, tous les corpus qualitatifs recueillis durant l'essai ont été mobilisés, à savoir celui auprès des médecins et ceux auprès des participants (entretiens individuels et collectifs, *focus groups*). Pour ce faire, cette étude a été réalisée en collaboration avec Costanza Puppo, ingénieure de recherche au sein du laboratoire du GRePS. Concernant l'analyse des données, comme lors de la troisième étude, une analyse thématique de contenu (Bardin, 2016) a été menée afin d'extraire, tout d'abord, les thèmes principaux du discours, puis de mettre en évidence les corrélations et les relations entre ces derniers. Afin d'identifier les thèmes, l'analyse a été organisée en deux phases. Une analyse verticale pour chaque entretien a été menée afin d'identifier les extraits relatifs à l'accompagnement médical et communautaire et ses effets. Dans un second temps, une analyse horizontale a été menée, fondée sur l'approche de la thématization continue, qui consiste à identifier des thèmes de discours et à construire simultanément l'arbre thématique (Paillé & Mucchielli, 2013). Les corpus des médecins et des participants ont été analysés séparément et les résultats ont ensuite été croisés dans l'interprétation.

4.3 Résultats

4.3.1 La perception de l'accompagnement communautaire des médecins impliqué·e·s dans l'essai ANRS-IPERGAY.

Sur la base de nos analyses, le discours des médecins concernant l'accompagnement communautaire s'est construit autour de deux thèmes principaux : l'articulation de l'accompagnement médical avec l'accompagnement communautaire et l'influence des échanges médecin-accompagnateur·rice sur les pratiques des médecins.

4.3.1.1 L'articulation de l'accompagnement médical avec l'accompagnement communautaire

L'accompagnement communautaire est perçu par les médecins comme étant complémentaire de l'accompagnement médical. Selon eux·elles, il a permis d'une part de faire le lien entre la prescription médicale de la PrEP, reposant sur des données cliniques et scientifiques, et l'utilisation dans la "vraie vie", et d'autre part, de procéder à une double vérification de la bonne compréhension du schéma de prise de la PrEP (une première fois avec le·la médecin puis une seconde fois avec l'accompagnateur·rice).

« Je vais écrire une ordonnance, je vais expliquer comment ça marche, comment il faut le prendre etc. Mais les accompagnateurs de AIDES c'est énorme parce que, eux ils remettent ça dans la vraie vie, cette prescription. »

« Les accompagnateurs ont un rôle essentiel hein, voilà justement sur le fait, est qu'est-ce qu'on va faire et si le plan marche pas etc. Euh donc les, les accompagnateurs de AIDES sont, sont plus dans la vie euh »

« Il y a des choses qu'ils vont pas nous dire et qu'ils vont dire à l'accompagnateur et l'accompagnateur va essayer de recadrer certaines choses, faire, refaire de la prévention, repasser derrière si y'a des choses qu'ont pas été comprises. Donc cette double casquette euh, j'trouve ça très bien. »

Les participants avaient deux interlocuteur·rice·s qui représentaient d'une part le corps médical et d'autre part la communauté séroconcernée par le VIH. Compte-tenu que la situation d'entretien est une interaction sociale à trois pôles, caractérisée par *l'interviewer*, *l'interviewé* et l'objet, dont le déroulement va déterminer les productions narratives des sujets (Masson &

Haas, 2010), le statut de médecin et d'AC peut influencer le discours des participants. En ce sens, la mise en commun des échanges avec le médecin et ensuite avec l'accompagnateur·rice semblait permettre de construire un regard plus global sur la situation des participants et de personnaliser au mieux le suivi.

« (...) puis je suis aussi complètement persuadé qu'il y a aussi des thématiques qui sont pas du tout abordées avec le médecin »

« On ne dit pas la même chose au médecin qu'à l'accompagnateur, qui disent pas la même chose au patient que nous, qui ne le disent pas de la même manière »

« C'est pas du rapportage mais de temps en temps, une information qui est donnée par les accompagnateurs aux médecins qui est complètement extraordinaire, enfin, sur la future consultation ah bah, je vais pouvoir essayer d'introduire cette notion comme ça, sans brusquer le patient, c'est, c'est quelque chose qui est, qui est très positif »

« Nous en tant que médecins, ça nous, ça nous rassure aussi parce que, enfin ça nous rassure, ça nous assure on va dire. Parce que parfois, y'a certains, certaines personnes qui vont pas forcément dire des choses et puis qui après, avec l'accompagnateur, en parlant et ben du coup, y'a quelque chose qui va ressortir qu'il avait pas forcément dit au médecin, et donc du coup l'accompagnateur, avec l'accord de la personne, revient vers le médecin en disant, on a parlé un peu avec lui. Là y'a peut-être finalement un loupé de prise alors qu'en y réfléchissant bien. Donc peut être que du coup il a pas pris bien le schéma de prise, ça vaut peut-être le coup d'un TPE. Donc ça permet effectivement de, aussi, faire un back up et un double check quoi »

Les médecins de l'essai semblent ainsi reconnaître les compétences spécifiques des accompagnateur·rice·s et du bénéfice apporté à l'essai : meilleures connaissances des pratiques à risque, support pour que le participant s'approprie la PrEP dans son quotidien, distribution de matériel de prévention varié, développement d'une relation d'écoute sans jugement, disponibilité hors rendez-vous de suivi. La reconnaissance de leurs compétences et de la valeur ajoutée qu'elles représentent dans le cadre de l'essai constitue un déterminant de la collaboration réussie entre les médecins et les AC.

« Et puis il y a des choses, aussi impliqué que je sois, que je ne connais pas dans les nouvelles drogues de synthèse. Je n'ai jamais entendu parler de 4-MEC et de 3-MMD, sur l'effet psy immédiat et à long terme, je ne sais pas quoi dire. Sûrement les associatifs qui sont beaucoup plus impliqués dans les soirées pourront répondre beaucoup mieux aux questions. »

« C'était la première fois qu'on faisait un truc vraiment en commun euh, et avec un circuit médecin infirmier euh, associatif, associatif, avec euh, d'où la différence avec la vraie vie, avec euh aussi un lien direct avec les associatifs, c'est-à-dire que du coup, ... C'était pas, ils étaient pas obligés de passer euh pour les heures ouvrables euh, au secrétariat ou euh, au téléphone, où c'est hyper difficile comme dans tous les hôpitaux je suppose, d'avoir quelqu'un parce qu'il y a de moins en moins de secrétaires qui, qui peut répondre et donc du coup y'avait un, un interlocuteur, un intermédiaire qui était euh, je pense qu'ils utilisent des tchats ou des SMS ou des choses comme ça. C'est-à-dire que du coup il y avait euh, ouais un suivi qui était plutôt agréable avec nous 3 et ça s'était bien passé sans problème »

« Et peut-être même aiguiller les patients euh, sur, sur des prises en charge en CSAPA, en addicto euh, de façon plus précoce que moi »

« Ils finissent par bien connaître euh. Ils connaissent vachement bien le risque inhérent à telle pratique, telle pratique, telle pratique et donc euh, euh. Et puis eux ils ont des infos sur les pratiques ou sur les risques que nous on n'a pas puisque les accompagnateurs ils sont dispos par texto euh toute la semaine »

4.3.1.2 L'influence de l'accompagnement communautaire sur les pratiques des médecins

Les échanges répétés entre les médecins et les accompagnateur·rice·s ont modifié le positionnement des médecins dans leur relation avec les participants. Les médecins apparaissent ainsi plus ouvert·e·s aux stratégies de réduction des risques et à une prise en charge davantage basée sur l'écoute. La collaboration avec les accompagnateur·rice·s et l'observation de leurs pratiques ont permis aux médecins d'aller au-delà de leurs compétences médicales en développant davantage leurs compétences relationnelles avec les participants.

« Parce que les médecins, ils ont beau dire, nous on l'a vu, on s'est vu modifier de comportement en 4 ans, donc on n'est pas préparé à ça, on ne sait pas faire. Ça s'apprend au

fur et à mesure que ce soit les médecins de ville ou même là je vois certains de nos collègues qui n'ont pas participé à Ipergay qui maintenant font la consultation PrEP, ils n'imaginent pas tout ça. »

« Ça nous apportait un regard euh justement peut-être un peu moins médical, un peu moins fermé, on a plus compris euh. Moi, j'ai beaucoup appris sur leurs pratiques, sur leur façon d'être, sur les prises de risque potentiel qu'ils peuvent avoir. Et du coup c'est, quand on connaît, c'est plus facile d'interroger et la conversation vient plus facilement après, euh pour interroger sur les prises de risque etc. enfin, c'est plus, ça devient plus simple quoi. Le fait d'avoir ouais des interlocuteurs non médicaux c'était intéressant aussi quoi, pour ça. Parce qu'ils nous ouvraient aussi un peu les yeux sur euh, sur les pratiques actuelles quoi euh. Hum donc ça non, c'était intéressant, c'était intéressant. »

Nous pouvons également supposer que cette collaboration a été le support d'une modification des représentations des médecins concernant la prévention en les amenant notamment à pratiquer une médecine plus adaptée au public concerné.

« Mais il faut une formation, un truc, je sais pas, un DU, une capacité, un truc, enfin un truc qui soit, faut que ça soit des gens dont on sait qu'ils ont le background suffisant pour pouvoir faire ça. Nous on l'avait pas. On l'a appris, et c'est cool. Moi je fais des bien meilleures consultations maintenant qu'il y a deux ans. »

Cet échange de connaissances entre des acteur·rice·s de terrain et médecins a permis de mettre en évidence qu'il est compliqué de pratiquer la même médecine sans tenir compte des insertions sociales et personnelles de la personne en consultation. De même que le savoir médical ne peut pas être transmis de façon brute aux participants, il nécessite d'être adapté au public. La participation à une recherche communautaire a ainsi permis d'expérimenter d'autres formes de relation patient·e-médecin que la traditionnelle relation paternaliste.

« Au début, moi je me souviens par exemple, on a tous été super choqués le jour où les accompagnateurs de AIDES se sont pointés avec des petites seringues multicolores. C'était pour faire quoi ? Alors donc, ils avaient la boîte de préservatifs pour les participants et à côté, ils avaient la boîte avec plein de seringues de toutes les couleurs, super jolies, super design et tout. Et on s'est dit mais c'est pourquoi que vous mettez des seringues là ? Et en fait pour nous,

le message c'était « ben non, dites-leur d'arrêter de se droguer » mais non, c'est trop tard en fait, ils se droguent déjà, ils sont pris dans l'engrenage. Donc eux, AIDES, ils sont là pour leur dire « bon ben voilà, je vais t'expliquer quel est le geste le moins à risque pour que, si jamais tu te drogues, pour pas que tu te contamines par l'hépatite, par le VIH ou par quoique ce soit ». Donc voilà, on a appris petit à petit tout ça. »

L'accompagnement communautaire a été évalué de façon très positive par les médecins, qui semblent y avoir considéré un véritable gain dans l'essai. Les échanges avec les AC et leur lien avec les participants ont permis aux médecins de réfléchir sur leurs pratiques durant les entretiens médicaux, ce qui les a amenés à exprimer le sentiment d'avoir modifié leur positionnement professionnel.

4.3.2 Le discours des participants sur l'accompagnement

Le discours des participants sur l'accompagnement combiné médical et communautaire apparaît globalement positif.

« C'est important de pouvoir, de temps en temps, se poser et aborder naturellement les choses avec... à la fois cette complicité, à la fois aussi cette distance nécessaire qu'exige ton travail, mais surtout... et c'est ça qui est fort dans... dans tout ce qu'il se passe, en tout cas dans cet environnement-là, dans l'environnement ipergay, sans à aucun moment avoir à ressentir de jugement. C'est ce qui fait aussi que pour moi, je pense, ça a été aussi facile d'assimiler l'essai, tel que je le vis aujourd'hui. Je pense que pour moi, c'est une évidence. Et c'est important, parce que je pense que si je tu te sentirais plus ou moins juger ou quoi que ce soit, c'est automatiquement un rempart, alors que là, non. Je ne sais pas si je t'avais dit, la première fois, mais aujourd'hui, ipergay, c'est une famille pour moi, pas famille au sens fort du terme, mais... je ne veux pas dire communauté, hein, je veux dire vraiment famille, dans le sens où il se passe des choses, on sent... un lien différent. [...] Je me surprends d'ailleurs à l'employer, parce que... moi, je ne travaille pas finalement là-dedans. Mais en même temps, j'ai l'impression que ce que je fais, c'est... je ne suis pas dans un truc associatif. Il y a quelque chose d'autre, quelque chose de fort, quelque chose de différent, quelque chose de constructif. Je ne dis pas que l'associatif n'est pas constructif, mais... l'associatif peut être constructif, mais tu peux être avec beaucoup de recul, avec beaucoup de détachement. Et là, je suis très loin d'avoir du détachement par rapport à ipergay »

En effet, l'importance de la construction d'une relation de confiance ainsi que l'absence de jugement sont souvent soulignées par les participants.

« C'est une véritable ressource d'information, ipergay. J'avoue que les animateurs et les médecins, les infirmières et pharmaciennes m'en ont appris plus que je ne savais en un an et demi d'ipergay. Et c'est grâce à eux que je me sens vraiment très impliqué, en fait. [...] Je suis, mais très fier d'être chez ipergay, de par le fait qu'on est bien entouré... C'est comme une famille, quoi, on se connaît tous, on peut tout se dire. »

Plus spécifiquement, les participants évaluent les médecins à partir de plusieurs comparaisons et mises en perspectives. D'un côté, les médecins de l'essai sont mis en comparaison avec les professionnel·le·s de santé rencontré·e·s dans les centres de dépistage ou avec les médecins traitants des participants.

« Ce que j'aime bien, c'est du coup, dans le cadre d'Ipergay, on y va, bah, ils savent qu'on est gay, c'est pas un souci d'aller se faire dépister comme ça, ils connaissent nos pratiques sexuelles à force, ils savent qu'on prend des risques, on n'est pas jugé là-dessus, par rapport au (...) qui a pu m'arriver en CIDAG où effectivement quand on se disait des fois que j'avais un rapport homosexuel sans capote, là, c'était les gros yeux, des réflexions, des choses comme ça, là, on n'est pas jugé, on y va, sereinement, y a une bonne ambiance, on peut même rigoler avec les médecins quoi que ce soit, y a une relation qui se crée au fur et à mesure. »

Le contraste avec les centres de dépistage, où la peur de la moralisation et du jugement est un frein pour la prise en charge, confère aux médecins de l'essai une attitude bienveillante et une ouverture d'esprit appréciées des participants.

D'un autre côté, lorsque l'accompagnement médical est mis en perspective avec l'accompagnement communautaire, les médecins sont alors parfois perçu·e·s comme rigides et exerçant une approche standardisée.

Dans le contexte de l'environnement hospitalier et des contraintes associées, les participants perçoivent que les médecins n'arrivent pas toujours à gérer les spécificités de leur prise en charge, à travers par exemple une mauvaise gestion des examens supplémentaires, suggérés par les médecins, afin de garantir un suivi personnalisé. Les difficultés à modifier temporairement la gestion standardisée et rigide imposée par le cadre hospitalier impactent la confiance dans

l'essai et nourrit la sensation d'un traitement de masse chez les participants. L'impression de n'être un qu'un parmi tous les autres, peut développer chez les participants un sentiment de non essentialité qui pourrait influencer négativement l'adhésion à la PrEP.

« Par exemple, au début, on avait décidé, avec le médecin, au début des rendez-vous, on avait décidé que je faisais un examen supplémentaire à chaque fois... par précaution, et il l'avait noté sur le dossier. Et eux, comme ils sont dans leurs trucs systématiques avec des trucs standardisés au niveau des périodes de rendez-vous des prises de sang, bah ils avaient loupé le truc complémentaire. Donc, si je ne le demande pas à chaque fois, ce n'est pas fait. C'est un peu comme un traitement... de gros, en fait... de masse. [...] Ca fait une image bizarre »

Dans certains cas, il apparaît une tension dans la relation avec les médecins de l'essai qui résulte de l'opposition entre personnalisation et standardisation du suivi, mais aussi d'une attitude méfiante vis-à-vis des médecins développée au cours de « la carrière de patient » (Acker, 2006; Gerhardt & Kirchgässler, 1987) des participants. En effet, l'expérience de moralisation vécue dans les centres de dépistage favorise l'élaboration de préjugés de la part des participants vis-à-vis des médecins.

Nous pouvons supposer que cette attitude vis-à-vis des médecins est renforcée par le contraste lié à la présence des AC. En effet, la relation de confiance construite dans le cadre de l'essai est associée par les participants, en particulier à l'accompagnement communautaire, dont l'action est encore davantage caractérisée par l'ouverture d'esprit et l'absence de jugement. L'accompagnateur·rice devient un point de repère non seulement dans le cadre de l'essai, mais aussi en général dans la vie du participant à travers le partage de ses expériences personnelles. Les AC, grâce à leur langage plus proche de celui des participants que de celui des médecins, rendent plus accessible l'information médicale.

« [...] enfin globalement y a un contraste pour moi qui est assez fort, parce que j'étais très content des accompagnateurs en revanche. Bon euh, y a vraiment un dialogue qui s'est instauré, au début même euh, les premiers mois, je restais deux heures en entretien, ce qui est, alors que bon maintenant évidemment c'est un quart d'heure, mais je restais deux heures en entretien et je pensais pas qu'on perdait notre temps ni l'un ni l'autre, donc j'étais vraiment content de cet aspect-là, et en revanche beaucoup moins du côté médical. »

Dans ce contexte, la stabilité des équipes constitue un facteur essentiel pour les participants. Le dialogue avec l'AC assigné·e permet d'entreprendre un travail sur soi-même, de réfléchir à sa propre sexualité et aux questions de prévention.

Dans ce processus, l'attitude bienveillante et attentive des AC est perçue comme fondamentale, en particulier grâce à leur ouverture d'esprit autour de la prise de risques et grâce à leurs connaissances et expériences de vie.

Ainsi, l'accompagnement communautaire peut devenir une raison très importante pour rester dans l'essai, parfois plus importante que le traitement médical en soi.

« [...] et surtout ce que j'aime bien d'Ipergay, c'est pas forcément la PrEP parce que la PrEP bon, enfin comme tu dis y'a les contraintes, y'a des avantages, voilà, si tu veux on peut chercher un peu, mais ce que j'aime bien surtout c'est le suivi qu'il y a derrière »

4.3.2.1 L'impact de la condition de participant dans la relation avec les médecins et les AC

La relation entre participants et AC/médecins semble se jouer aussi sur l'ambiguïté de la condition de participant dans un essai clinique communautaire. En tant que participants, ces derniers se perçoivent comme activement impliqués dans l'essai, en particulier dans l'autogestion de l'adhésion à la PrEP.

« Ouais, moi, non, je me sens libre, il n'y a pas de soucis, oui. Il n'y a pas d'ordres donnés à tout prix, donc oui, et on peut effectivement le prendre, ou décider d'arrêter quand on veut, comme ça après, voilà »

Toutefois, ils peuvent également se sentir relégués au rôle de patient, notamment dans la relation avec les médecins. Bien que la prise de la PrEP soit autogérée, les participants sont confrontés à une ordonnance, qui peut être entendue comme la réception d'un ordre (Fainzang, 2006). De plus, la barrière entre présence permanente et surveillance des médecins est mince. Par exemple, les questions et les recommandations répétées et soulignées quant aux autres outils de prévention montrent toutes les ambiguïtés de la condition de participant : recruté comme volontaire sur la base de ses pratiques à risque, il est ensuite appelé à justifier ces mêmes pratiques.

« Non, ils ne sont pas moralisateurs... [...] ils sont un peu paternalistes, par contre. [...] « oui, mais il faut mettre des capotes, parce que vous ne savez pas ce que vous avez comme traitement, machin... » je dis : « oui, mais si je mettais tout le temps des capotes, d'un autre côté, je ne serais pas là. Je ne serais pas dans votre bureau. Parce que si j'étais 100 pour 100 safe tout le temps, je n'aurais pas participé à ipergay, ça n'aurait absolument aucun intérêt. Voilà. »

Ainsi, si d'une part le modèle du bon patient transmet l'idée de la soumission à l'autorité médicale, la condition de participant quant à elle encourage une sensation d'*empowerment* vis-à-vis de l'implication dans l'essai.

4.4 Discussion

Les regards croisés des participants et des médecins permettent de présenter une vision d'ensemble quant au vécu de l'accompagnement proposé dans l'essai ANRS-IPERGAY. L'analyse du discours des différent·e·s acteur·rice·s souligne les enjeux de l'évaluation de l'accompagnement à la fois du point de vue des participants et des médecins. La collaboration avec les AC, par sa complémentarité, a permis selon les médecins, une meilleure prise en charge des participants. Au-delà des bénéfices pour les participants d'avoir deux types d'interlocuteur·rice·s différent·e·s à leur écoute, les médecins ont également rapporté une évolution positive de leurs pratiques grâce à cette collaboration. Leurs regards sur les stratégies de réduction des risques ont évolué de sorte qu'ils·elles adhèrent désormais davantage au message véhiculé. Comme nous l'avons vu dans l'étude précédente, la relation avec les participants s'est construite de façon moins hiérarchique et plus partenariale qu'avec leurs patient·e·s lambda, avec la motivation de tendre vers un suivi personnalisé pour chaque participant. De leur côté, les participants ont perçu le positionnement différent des médecins par le biais d'une comparaison à leur profit avec les médecins qu'ils ont pu côtoyer en dehors de l'essai. En revanche, le manque de flexibilité du système hospitalier et les recommandations associées à la prescription de la PrEP demeurent des limites pour les participants. En somme, les AC sont perçu·e·s par les participants comme le point fort de l'essai. Le partage d'expérience, le non jugement, la disponibilité et l'écoute ont été très appréciés par les participants. Par ailleurs, en assurant l'aspect "prescriptif" de la PrEP, les médecins permettent aussi aux AC de pouvoir ancrer ce positionnement vis à vis des participants. Cette nouvelle forme d'accompagnement semble correspondre aux enjeux d'adhésion que soulève l'utilisation de la PrEP, et au-delà, elle favorise également l'intégration des « prepeurs » (personne incluse dans un protocole de PrEP) dans un parcours global de gestion des risques et de la santé.

Les résultats soulignent que l'échange entre les médecins et les AC améliore la relation médecin-participant et la perception des médecins de la part des participants. Compte-tenu de son importance dans les enjeux d'adhésion (Chesney, Morin, & Sherr, 2000; Marelich & Murphy, 2003), il est possible d'envisager l'accompagnement combiné, médical et communautaire, comme une forme alternative d'éducation thérapeutique dans le champ de la prévention biomédicale du VIH. La relation étroite qu'entretiennent les AC avec les participants est propice au développement de *l'empowerment* des participants (Blanchard et al., 2013). L'accompagnement proposé dans cet essai répond aux objectifs de l'ETP et les approfondit en intégrant également la gestion du risque et de la santé chez les participants, de plus la collaboration entre les pairs est optimisée par la présence des AC. L'ensemble de ce dispositif

semble ainsi conférer une posture plus active aux participants, implication plébiscitée par les nouvelles approches de l'accompagnement dans le champ du VIH et de l'ETP (Bhatta & Liabsuetrakul, 2017; Haire, 2015; W. D. Johnson et al., 2008; Rojas Castro et al., 2017).

Cette étude comporte certaines limites, en effet, tous les participants ont reçu le même accompagnement. Ce *design* de l'essai ne permet pas d'évaluer un possible différentiel quant à la satisfaction des participants en comparant ceux ayant reçu l'accompagnement tel qu'il a été conçu dans l'essai et ceux qui auraient suivi un accompagnement uniquement médical par exemple. Ce choix s'appuie sur une démarche de recherche communautaire assumée dès l'initiation de l'essai. Par ailleurs, les données ont été recueillies dans le cadre d'un essai clinique avec des médecins volontaires pour participer à une recherche communautaire, cela a pu influencer positivement leurs échanges avec les accompagnateurs et donc l'évolution de leurs pratiques.

Conclusion :

Le déploiement de l'ETP est étroitement lié à l'histoire de la prise en charge du VIH. Les nouveaux enjeux relatifs au déploiement de la prévention médicalisée ont ainsi amené à transférer les compétences acquises dans la prise en charge du VIH/SIDA dans le domaine de la prévention et ainsi à revisiter les formes d'ETP afin qu'elles répondent aux enjeux de prévention actuels, et aux besoins des populations cibles, dans la lutte contre le VIH. Compte-tenu de ses bénéfices à la fois pour les participants et les médecins, l'accompagnement combiné médical et communautaire peut être une piste à explorer pour le déploiement de la PrEP hors essai.

Synthèse :

Cette quatrième étude visait à étudier le vécu de l'accompagnement combiné médical et communautaire des participants et des médecins à travers l'analyse des corpus qualitatifs recueillis auprès des médecins et des participants. En effet, cet accompagnement est novateur dans le champ de la santé et de la prévention, il était essentiel de recueillir le vécu des acteur·rice·s concerné·e·s. L'analyse thématique de contenu a identifié deux thèmes majeurs dans le discours des médecins quant à leur vécu de la collaboration avec les AC. Premièrement, les médecins perçoivent l'accompagnement communautaire comme étant complémentaire du suivi médical. Cela permet d'avoir un suivi global et personnalisé des participants. Et deuxièmement, les échanges répétés avec les AC ont permis aux médecins de faire évoluer leur positionnement vis-à-vis des participants et des stratégies de réduction des risques et également de développer leurs compétences d'écoute. Du côté des participants, les médecins de l'essai sont perçus comme plus à l'écoute et moins jugeant que celles·ceux rencontré·e·s hors essai. Ils perçoivent donc le changement de positionnement rapporté par les médecins. Toutefois, lorsqu'ils sont mis en comparaison avec les AC, les médecins apparaissent plus rigides que les AC. La confiance, le non-jugement et la disponibilité étant les vrais points forts des AC. L'accompagnement communautaire a été perçu comme un élément fort de l'essai par les participants.

Les médecins étant en charge du côté prescriptif de la PrEP et des recommandations associées, les AC peuvent se concentrer sur leurs compétences en matière de soutien et d'accompagnement. En cela, ces deux formes de suivi sont complémentaires et globales pour le participant.

Compte-tenu des bénéfices sur le positionnement des médecins et pour les participants, il est possible de s'intéresser à l'accompagnement médical et communautaire comme étant une façon de faire de l'ETP. D'autant plus que des travaux récents sur l'ETP mettent l'accent sur l'attitude éducative des médecins comme déterminante pour le succès des programmes d'ETP (Pétre et al., 2017).

Synthèse des études 3 et 4

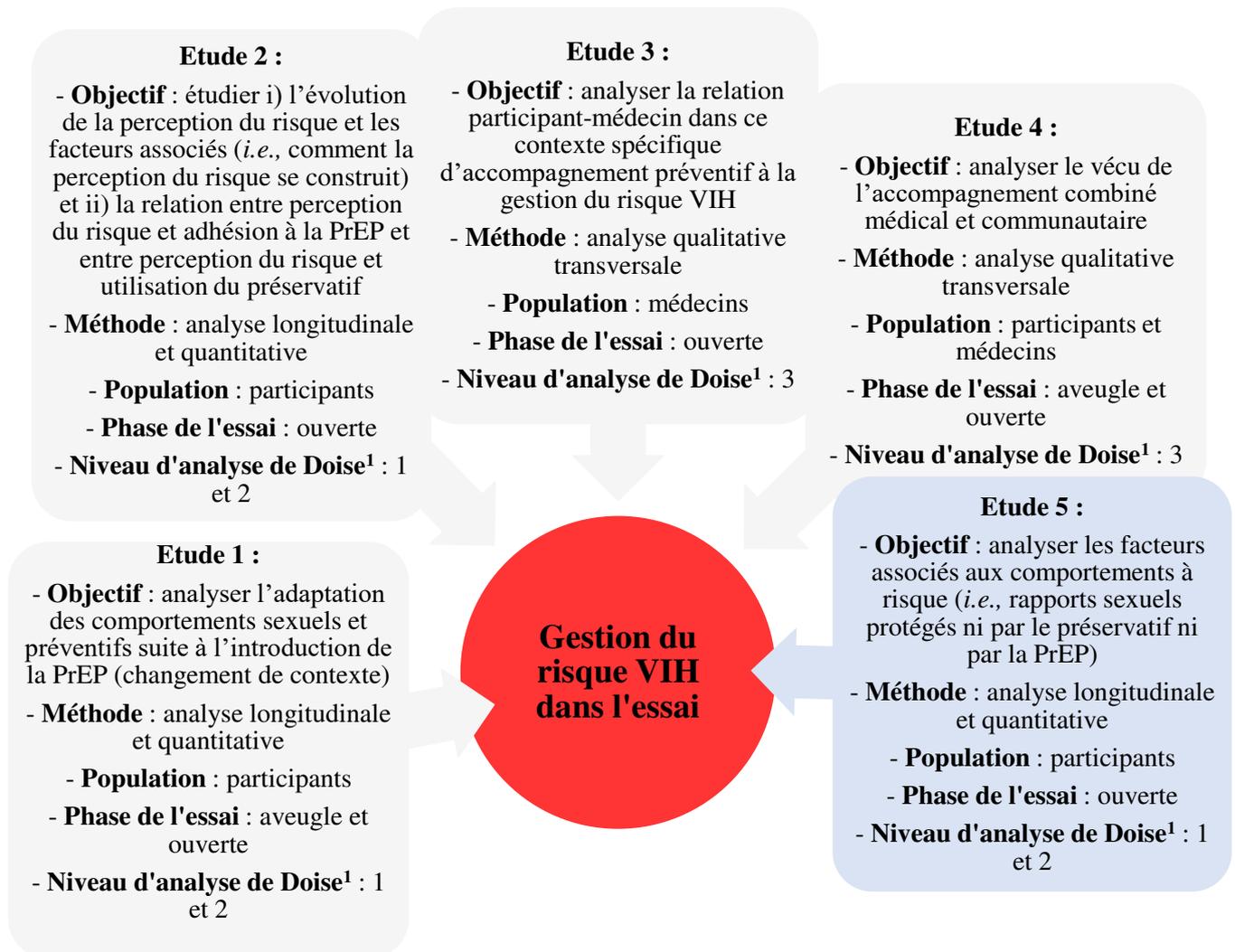
Les études 3 et 4 donnent un aperçu du contexte dans lequel s'est déroulé l'essai pour les participants. Elles illustrent la posture active et impliquée des participants dès le début de l'essai, posture en partie liée au contexte spécifique de participation à un essai clinique communautaire. Ce positionnement fort des participants ainsi que la collaboration avec les AC ont conduit certain·e·s médecins à modifier leurs pratiques professionnelles afin de s'adapter au contexte et répondre aux attentes des participants et de l'essai. Dans ce contexte particulier, les médecins et les participants ont développé des échanges dans la lignée de l'approche *patient as partner*.

La complémentarité des approches médicale et communautaire dans le suivi des participants a été perçue positivement par ces derniers et a favorisé une bonne adhésion à l'essai et à la PrEP. En ce sens, cet accompagnement combiné peut être une forme alternative aux protocoles d'ETP actuels.

Ces deux études illustrent donc un climat favorable d'adhésion à la PrEP. Dans cette optique, la dernière étude s'intéressera donc aux rapports sexuels au cours desquels ni la PrEP ni le préservatif n'ont été utilisés, et plus particulièrement aux facteurs associés à ces derniers.

5. Étude 5 : Les facteurs associés aux rapports sexuels protégés ni par la PrEP ni par le préservatif.

Rappel :



¹ 1 = niveau intra-personnel ; 2 = niveau interpersonnel ; 3 = niveau positionnel et 4 = niveau idéologique

5.1. Introduction

Les bénéfices de la PrEP en prévention ont été évalués en réponse aux freins relatifs à l'usage du préservatif (*e.g.*, perte de plaisir, manque d'intimité) conduisant à une utilisation insuffisante dans la population HSH. Pour illustrer les différentes étapes depuis l'initiation de la PrEP jusqu'à l'adhésion, une étude a proposé une cascade d'utilisation de la PrEP. Cette dernière est basée sur le modèle transthéorique du changement (Parsons et al., 2017; Prochaska, Redding, & Evers, 2015; Prochaska & Velicer, 1997). Cinq étapes ont été identifiées (Parsons et al., 2017) : Premièrement, « la PrEP pré-contemplation » renvoie aux personnes objectivement éligibles à la PrEP, selon les critères de prescription issus des recommandations officielles en vigueur ; deuxièmement, « la PrEP contemplation » regroupe les personnes de l'étape 1 qui sont motivées pour initier la PrEP ; troisièmement, « la PrEP aration » renvoie aux personnes du stade 2 qui ont débuté la mise en place concrète de la PrEP (prise de rendez-vous, recherche de médecin prescrivant la PrEP, etc) ; quatrièmement, « PrEP action et initiation » est l'étape qui regroupe les personnes ayant réellement initié la PrEP et enfin la dernière étape « PrEP maintenance et adhésion » rassemble les personnes ayant une bonne adhésion à la PrEP depuis son initiation. Toutefois, plusieurs barrières à l'accès à la PrEP ont déjà été identifiées et permettent d'expliquer les écarts entre les différentes étapes de cette cascade. Parmi elles, le coût (Auerbach et al., 2015; Eisingerich et al., 2012; Holt et al., 2013; Wheelock et al., 2013), le manque de confiance dans le système médical (Auerbach et al., 2015) et la stigmatisation qui peut être associée à l'utilisation de la PrEP (Auerbach et al., 2015; Eisingerich et al., 2012). Ces éléments peuvent expliquer l'écart entre la première et la troisième étape de la cascade. Concernant les facteurs associés à la non-adhésion à la PrEP (différence entre les étapes 4 et 5), des explications logistiques ont été mises en avant, comme le fait de ne plus avoir de comprimés, de les avoir perdus, d'avoir oublié des prises en cas de voyage, d'avoir oublié une prise, d'avoir un imprévu au moment de la prise quotidienne (Agot et al., 2015; Kebaabetswe et al., 2015) ou encore de ne pas percevoir un niveau de risque d'exposition élevé (Corneli et al., 2014). Ces barrières peuvent contribuer à expliquer les 26% de rapports sexuels qui ne sont pas protégés par la PrEP à la demande dans la phase *OLE* de l'essai ANRS-IPERGAY (Molina et al., 2017). L'essai iPrEx a également rapporté un taux moyen d'utilisation de la PrEP en continu de 53% à la 24^{ème} semaine de suivi des participants (Amico et al., 2014). La PrEP n'est donc pas utilisée systématiquement par les HSH dans ces deux essais.

La littérature éclaire les freins à l'utilisation de la PrEP et du préservatif mais de façon séparée. Bien qu'une étude réalisée dans la phase *DBP* de l'essai ANRS-IPERGAY a souligné que 13%

des participants étaient à la fois des faibles utilisateurs de la PrEP et du préservatifs (Sagaon-Teyssier et al., 2018), nous en savons peu sur les personnes qui n'utilisent ni le préservatif ni la PrEP alors qu'elles représentent les personnes les plus à risque d'infection VIH. En effet, cette étude dans l'essai ANRS-IPERGAY apporte des informations concernant les caractéristiques sociodémographiques des participants qui se protègent le moins – ces derniers sont plus jeunes, plus souvent sans emploi et perçoivent moins de risque VIH que les autres participants – mais n'éclaire pas spécifiquement les rapports qui ne sont protégés ni par la PrEP ni par le préservatif. Il est pertinent d'en savoir plus sur ces derniers dans le cadre de la prévention, d'autant plus dans le cadre de la PrEP à la demande. En effet, la PrEP à la demande et la PrEP en continu ne reposent pas sur les mêmes stratégies d'utilisation. La prise en continu implique de prendre la PrEP chaque jour, quel que soit le niveau d'exposition au risque alors que la PrEP à la demande est basée sur l'activité sexuelle. Dans ce contexte, les utilisateur·rice·s de la PrEP doivent évaluer le niveau de risque associé à chaque rapport avant sa réalisation afin de déterminer si oui ou non ils·elles utilisent la PrEP. La PrEP à la demande repose donc sur un choix individuel. En ce sens, les facteurs associés à un manque d'adhésion à la PrEP à la demande peuvent être différent de ceux identifiés dans la littérature pour la PrEP en continu. C'est pourquoi cette étude s'intéresse aux situations dans lesquelles la PrEP n'est pas utilisée en phase *OLE*, sans utilisation du préservatif en contrepartie, dans un contexte plus proche de la vie réelle que la phase *DBP*. Cela permettra d'évaluer le niveau de risque pris lors de ces rapports sexuels non protégés par la PrEP ou le préservatif et d'identifier si d'autres stratégies de prévention, ou une autre forme de gestion du risque, sont mises en place.

5.2 Variable étudiée

Pour répondre à l'objectif de cette dernière étude, les questionnaires bimensuels de la phase *OLE* ont été utilisés. Sur la base des rapports anaux (rapports oraux exclusifs exclus de l'analyse) déclarés lors des derniers rapports sexuels étudiés (M0-M18), une variable dichotomique «absence de PrEP et de préservatif » a été construite. Cette variable est négative si les participants déclarent avoir utilisé au cours du rapport un préservatif ou lorsqu'ils déclarent avoir utilisé la PrEP de façon correcte ou sous-optimale ; et positive quand les participants déclarent ne pas avoir utilisé de préservatif et ne pas avoir utilisé la PrEP dans les 48 heures précédant et suivant le rapport sexuel.

5.3 Variables explicatives

Plusieurs variables sociodémographiques, socioéconomiques, psychosociales et comportementales ont été testées pour chercher à identifier une potentielle association avec notre variable « absence de PrEP et de préservatif ».

Variables sociodémographiques :

Les variables sociodémographiques étudiées sont l'âge et le niveau d'éducation. L'âge a été mesuré de façon continue, quant au niveau d'éducation, il a été mesuré *via* une variable dichotomique, supérieur au baccalauréat (oui/non).

Variables socioéconomiques :

Les variables socioéconomiques étudiées, de façon dichotomique, sont l'activité professionnelle (oui/non) et le confort du logement (oui/non).

Variables psychosociales :

Six variables permettent de mesurer le profil psychosocial des participants : la consommation d'anxiolytiques au cours des douze derniers mois (variable dichotomique oui/non), la consommation d'antidépresseurs au cours des douze derniers mois (variable dichotomique oui/non), avoir eu un épisode dépressif au cours de la vie (variable catégorielle : non ; oui, au cours des douze derniers mois ; oui, avant les douze derniers mois), la recherche de sensations et de risques au cours des six derniers mois (échelles continues construites à partir de Stephenson, Hoyle, Palmgreen, & Slater, 2003) et l'implication dans des activités communautaires au cours des douze derniers mois (variable dichotomique oui/non).

Variables comportementales :

Les variables comportementales étudiées concernent notamment la vie sexuelle et amoureuse des participants en lien avec le VIH, à savoir, le fait d'être en couple avec un partenaire principal (variable dichotomique oui/non), le nombre de partenaires sexuels au cours des deux derniers mois (variable continue), le nombre de rapports sexuels au cours des quatre dernières semaines (variable continue) et le dépistage/traitement d'IST au cours des deux derniers mois (variable dichotomique oui/non). Et plus spécifiquement au cours du dernier rapport sexuel : le type de partenaire (variable catégorielle : principal ; occasionnel connu ; occasionnel inconnu ; multiple), la sérologie et la CV du partenaire (variable catégorielle : négative ; positive CV indétectable ; positive CV détectable ou inconnue/sérologie inconnue), le type de pratique (variable catégorielle : pénétration anale insertive et/ou sexe oral ; pénétration anale réceptive et/ou pénétration anale insertive et/ou sexe oral), rapport sexuel dans un lieu public (variable dichotomique oui/non), consommation d'alcool (variable dichotomique oui/non), consommation de drogues récréatives (variable dichotomique oui/non), perception du risque VIH (variable continue).

5.4 Analyses statistiques

Pour estimer la relation entre l'absence de PrEP et de préservatif au cours du dernier rapport sexuel et les potentielles variables explicatives, des modèles *GEE* de Poisson modifié simples ont été utilisés afin de tenir compte de la corrélation intra-individuelle des données longitudinales. Les variables significativement associées au seuil 25% à l'absence de PrEP et de préservatif ont été introduites dans un modèle *GEE* de Poisson modifié multiple. La régression de Poisson modifié est une approche permettant d'avoir une estimation robuste des risques relatifs (Zou, 2004).

Nous avons également calculé les pourcentages de risques attribuables pour nos variables explicatives.

Toutes les analyses ont été réalisées avec le logiciel SAS (version 9.4).

Les participants inclus dans cette analyse sont les 361 participants ayant des données de suivi disponibles concernant l'utilisation de la PrEP et du préservatif dans la phase ouverte, soit 1253 questionnaires.

5.5 Résultats

Parmi les 1253 questionnaires analysables, 237 rapportent une absence d'utilisation de PrEP et de préservatif au cours du dernier rapport sexuel, soit 19%.

Les facteurs associés à l'absence d'utilisation de la PrEP et du préservatif (GEE simples):

Les modèles *GEE* simple (Tableau 11) montrent que cette absence est plus fréquente ($p < 0.25$) parmi les participants jeunes, inactifs professionnellement, ayant déjà eu un épisode de dépression au cours de leur vie (avant les douze derniers mois), ayant un score élevé sur l'échelle de prises de risque et parmi ceux ayant un partenaire principal.

Concernant les comportements sexuels, un nombre élevé de partenaires sexuels au cours des deux derniers mois ainsi que, pour le dernier rapport, le fait que celui-ci ait eu lieu avec des partenaires occasionnels connus, inconnus ou multiples ou avec des partenaires de sérologie positive (quelle que soit la CV) ou inconnue, sont associés à une moindre probabilité de déclarer une absence d'utilisation de la PrEP et du préservatif ($p < 0.25$). En revanche, un nombre élevé de rapports sexuels au cours des quatre dernières semaines et la consommation d'alcool pendant le rapport sexuel sont des facteurs associés à une plus grande probabilité de reporter une non-utilisation de la PrEP et du préservatif ($p < 0.25$).

Enfin, une perception du risque VIH élevée est associée à une plus faible probabilité de déclarer une absence d'utilisation de la PrEP et du préservatif ($p < 0.25$).

Les facteurs associés à l'absence d'utilisation de la PrEP et du préservatif (GEE multiple) :

Les variables identifiées dans le modèle *GEE* simple (au seuil 25%) ont été introduites dans un modèle *GEE* multiple (Tableau 11). Les estimations du modèle montrent que les participants ayant eu un épisode dépressif au cours des douze derniers mois (ajusté risque ratio [95% CI], p-valeur, 1.49 [1.0;2.17], 0.039), avec un nombre élevé de rapports sexuels au cours des quatre dernières semaines (1.01 [1.002;1.02], 0.014) ou des rapports sexuels sous l'emprise de l'alcool (1.45 [1.10;1.92], 0.008), ont une probabilité plus élevée de rapporter une absence d'utilisation de la PrEP et du préservatif au cours du dernier rapport sexuel.

L'association entre les rapports sexuels sans PrEP ni préservatif et la dépression a changé entre le modèle simple et le modèle multiple. En effet, après introduction des variables explicatives que sont le statut sérologique et CV du partenaire, l'âge et le fait d'avoir un partenaire principal, la significativité de la variable dépression se situe au niveau de la modalité de réponse « au cours des douze derniers mois » et non plus « avant les douze derniers mois »

A *contrario*, il est moins probable d'estimer une absence d'utilisation de la PrEP et du préservatif lorsque le rapport sexuel a lieu avec un partenaire autre que le partenaire principal (occasionnel connu, 0.20 [0.14;0.30], <0.001 ; occasionnel inconnu, 0.10 [0.05;0.20], p<0.001 ; multiple, 0.11 [0.05;0.29], <0.001) et avec un statut sérologique autre que négatif (séropositif avec CV indétectable, 0.57 [0.38;0.86], 0.007 ; séropositif avec CV détectable ou CV inconnue ou sérologie inconnue, 0.52 [0.32;0.87], 0.012).

Après ajustement sur toutes les variables incluses dans le modèle multiple, 85 % des rapports sans PrEP ni préservatif sont attribuables aux rapports sexuels avec un partenaire principal, 47% à ceux avec un partenaire séronégatifs, 32% aux rapports sexuels sous l'influence de l'alcool, 30% à un épisode dépressif récent et 1% à un nombre élevé de rapports sexuels au cours des quatre dernières semaines.

Les autres variables explicatives significativement associées à notre variable d'étude dans le modèle simple n'ont pas été confirmées dans le modèle multiple.

Tableau 11.

Facteurs associés à l'absence d'utilisation de la PrEP et du préservatif au cours du dernier rapport sexuel (GEE simple et multiple, n=319, 1253 questionnaires).

Dernier rapport : ni PrEP ni préservatif (réf. Non)	Simple (n=1253)		Multiple (n=1229)	
	OR [95% CI]	p	aOR [95% CI]	p
Age à J0 [19;61] ^a	0.97 [0.94;0.99]	0,01	0.99 [0.97;1.00]	0,14
Diplôme supérieur au bac (ref. Non) ^a	1.09 [0.71;1.68]	0,70		
En emploi (ref. Non) ^a	0.71 [0.47;1.09]	0,11	0.87 [0.61;1.26]	0,47
Logement actuel confortable (ref. Non) ^a	0.78 [0.40;1.52]	0,47		
Consommation d'anxiolytiques au cours des 12 derniers mois (ref. Non) ^b	0.94 [0.59;1.49]	0,78		
Consommation d'antidépresseurs au cours des 12 derniers mois (ref. Non) ^c	1.28 [0.83;1.99]	0,27		
Episode dépressif (ref. Non, jamais) ^d				
Oui, ces 12 derniers mois	1.21 [0.76;1.90]	0,42	1.49 [1.02;2.17]	0,04
Oui, avant	1.33 [0.85;2.07]	0,21	1.09 [0.80;1.47]	0,58
BSSS4 - Echelle de recherche de sensations au cours des 6 derniers mois [4;20] ^{e,f}	1.00 [0.96;1.05]	0,91		
SS2 - Echelle de prise de risque au cours des 6 derniers mois [2;10] ^{f,g}	1.08 [0.97;1.20]	0,15	1.03 [0.96;1.11]	0,39
Participation à des activités associatives hors essai au cours des 12 derniers mois (ref. Non)	1.03 [0.74;1.43]	0,87		
Partenaire principal (ref. Non) ^d	2.66 [1.88;3.77]	<,0001	1.27 [0.95;1.71]	0,11
Au moins un épisode d'IST au cours des 2 derniers mois (ref. Non)	0.86 [0.57;1.30]	0,48		
Nombre de partenaires sexuels au cours des deux derniers mois [1;580] ^h	0.96 [0.90;1.02]	0,17	1.00 [0.98;1.02]	0,69
Nombre de rapports sexuels au cours des 4 dernières semaines [0;200] ^h	1.01 [1.00;1.01]	0,001	1.01 [1.00;1.02]	0,01
<i>Concernant le dernier rapport sexuel</i>				
<i>Avec un partenaire (ref. principal)</i>				

Dernier rapport : ni PrEP ni préservatif (réf. Non)	Simple (n=1253)		Multiple (n=1229)	
	OR [95% CI]	p	aOR [95% CI]	p
Occasionnel connu	0.16 [0.11;0.25]	<,0001	0.20 [0.14;0.30]	<,0001
Occasionnel inconnu	0.07 [0.04;0.13]	<,0001	0.10 [0.05;0.20]	<,0001
Multiple	0.08 [0.03;0.20]	<,0001	0.11 [0.05;0.29]	<,0001
Sérologie du partenaire (ref. HIV-)				
HIV+ CV indétectable (TasP)	0.50 [0.32;0.79]	0,003	0.57 [0.38;0.86]	0,01
Sérologie inconnue ou HIV+ CV détectable ou inconnue	0.18 [0.11;0.29]	<,0001	0.52 [0.32;0.87]	0,01
Type de pratiques (Ref. pénétration anale insertive et/ou sexe oral)				
Pénétration anale réceptive et/ou pénétration anale insertive et/ou sexe oral)				
Dans un lieu public (ref. Non)	1.14 [0.81;1.60]	0,46		
Sous l'influence d'ecstasy, cocaïne, GHB/G BL ou kétamine (ref. Non)	0.19 [0.09;0.41]	<,0001	0.94 [0.39;2.27]	0,90
Sous l'effet d'alcool (ref. Non)	0.33 [0.16;0.66]	0,002	0.62 [0.34;1.13]	0,12
Perception du risque d'infection VIH [1;10]	1.25 [0.87;1.79]	0,24	1.45 [1.10;1.92]	0,01

Abbreviations: OR [95% CI] = odds-ratio [95% confidence interval]; aOR = adjusted odds-ratio

^a 17 valeurs manquantes

^b 20 valeurs manquantes

^c 14 valeurs manquantes

^d 11 valeurs manquantes

^e 36 valeurs manquantes

^f échelles construites à partir de Stephenson et al., 2003

^g 21 valeurs manquantes

^h 3 valeurs manquantes

5.6 Discussion

Cette dernière étude montre une certaine forme de rationalité dans la gestion du risque VIH. En effet, les rapports sexuels rapportant une absence d'utilisation de la PrEP et du préservatif sont majoritairement attribuables aux rapports sexuels avec les partenaires principaux (risque attribuable 85%) des participants ou bien des partenaires séronégatifs (risque attribuable 47%). De plus, les estimations du modèle *GEE* multiple soulignent que les rapports sexuels avec des partenaires occasionnels ou multiples, ou dont le statut sérologique n'est pas négatif, sont des facteurs associés à une diminution de la probabilité de déclarer une non-utilisation de la PrEP et du préservatif. Ces résultats mettent en exergue le rôle du contexte et de la perception sociale de la situation dans le recours aux moyens de prévention ainsi que la volonté de se protéger dans les situations socialement perçues comme plus à risque que les autres (Morin & Apostolidis, 2002). D'autres études ont également déjà recommandé de prendre en compte le contexte, dans toutes ses dimensions (symbolique, réseau social, matériel et politique), dans la mise en œuvre de programmes de prévention du VIH (Campbell, Foulis, Maimane, & Sibiya, 2005; Roberts, Oyun, Batnasan, & Laing, 2005)

Bien que la gestion différenciée du risque en fonction du type de partenaire et de sa sérologie suggère une forme de rationalité cohérente avec les situations socialement jugées comme à faible risque (rapport avec un partenaire principal ou séronégatif) ou à haut risque (rapport avec des partenaires occasionnels, multiples, séropositifs ou avec une sérologie inconnue) d'infection par le VIH, cela soulève cependant quelques problématiques.

Premièrement, une étude a montré que la majorité des infections par le VIH chez les HSH est issue de rapports sexuels avec leur partenaire principal (Sullivan, Salazar, Buchbinder, & Sanchez, 2009), du fait principalement de la non-exclusivité de certains couples (Hoff, Campbell, Chakravarty, & Darbes, 2016; Mitchell et al., 2016; Shernoff, 2006) et de la prévalence élevée du VIH chez les HSH (UNAIDS, 2018). Toutefois, nous pouvons supposer que dans l'essai ANRS-IPERGAY les participants ont eu une gestion de leurs stratégies de prévention, selon le type de partenaire, efficace car uniquement un participant a été infecté par le VIH après avoir interrompu le protocole de PrEP avec son partenaire principal qu'il pensait séronégatif (Molina et al., 2017).

Deuxièmement, le recours moindre à la PrEP et au préservatif avec des partenaires séronégatifs pose la question du recours suffisant au test de dépistage dans cette population à haut risque d'infection. Les recommandations officielles en France préconisent le dépistage trimestriel du VIH chez les HSH (Haute Autorité de Santé, 2017), toutefois des études montrent qu'une majorité de HSH ne se font pas dépister aussi régulièrement (Haute Autorité de Santé, 2017;

Marty et al., 2018). L'utilisation d'un autotest avant un rapport sexuel pourrait être une forme de réponse à cet enjeu autour de la fiabilité du statut séronégatif comme stratégie de prévention (Spielberg, Levine, & Weaver, 2004).

A *contrario*, les rapports sexuels avec des partenaires séropositifs ayant une CV indétectable sont eux, associés à une plus grande probabilité d'utiliser la PrEP et le préservatif. Le recours au *TasP* (pour rappel, *Treatment as Prevention* signifie la non transmissibilité du VIH chez les personnes séropositives lorsque leur CV est indétectable) n'explique pas l'absence d'utilisation de la PrEP et du préservatif, c'est l'effet inverse qui est observé alors que le *TasP* est actuellement un moyen de prévention intégré au *package* de prévention combinée du VIH (UNAIDS, 2016a). Ce résultat souligne l'existence d'un fossé entre les normes sociales liées au risque VIH en vigueur dans la société et les progrès de la recherche dans la prévention. L'avènement des stratégies biomédicales de prévention, telles que le *TasP* et la PrEP, remet en question les normes du risque sexuel vis-à-vis du VIH dans les populations clés ainsi que les stratégies de « sérotriage » des partenaires comme moyen de prévention. Dans ce contexte, les rapports sexuels protégés par la PrEP et le *TasP* sont moins à risque que les rapports sexuels non protégés avec un partenaire dit séronégatif.

Toutefois, nos résultats soulignent que deux facteurs accentuent la fragilité du recours aux stratégies de prévention : la consommation d'alcool en contexte sexuel et l'expérience d'un épisode dépressif au cours des douze derniers mois. La prise en charge holistique, et plus spécifiquement des besoins en santé mentale, est un facteur à prendre en considération dans la mise en place d'un protocole de prévention afin d'optimiser son efficacité. Cette nécessité a déjà été mise en lumière dans plusieurs études auprès des HSH (Safren, Blashill, & O'Cleirigh, 2011; Safren, Reisner, Herrick, Mimiaga, & Stall, 2010; Stall et al., 2003)

Comme les études précédentes, cette étude comporte des limites, notamment dûes au contexte d'essai clinique et communautaire du recueil des données et au fait qu'il n'y a pas de données qualitatives pour venir compléter et approfondir la compréhension des résultats obtenus, notamment concernant la perception des situations à risque et les normes sociales liées au risque d'infection par le VIH. De plus, d'autres facteurs comme la stigmatisation ou encore des explications logistiques, n'ont pas été mesurés. L'identification de ces derniers comme facteurs associés entrainerait des actions de prévention différentes de celles mises en avant par nos résultats.

Conclusion :

Cette dernière étude montre que les logiques de prévention individuelle dépendent de l'intégration sociale et individuelle des recommandations de prévention. Les stratégies de prévention résultent donc de l'interaction entre des savoirs scientifiques et des savoirs profanes. Cela souligne la nécessité d'étudier les représentations que peuvent avoir les HSH, ou tout groupe qui serait la cible d'un programme de prévention, avant sa mise en œuvre, afin d'en identifier l'acceptabilité et les potentiels freins.

Synthèse :

Cette dernière étude visait à étudier dans quelles situations les participants de l'essai n'utilisaient ni la PrEP ni le préservatif lors des rapports anaux, compte-tenu du risque d'infection associé à cette pratique. Sur la base des questionnaires administrés de M0 à M18 de la phase *OLE* des modèles *GEE* simples et multiples ont été utilisés afin d'identifier les facteurs en lien avec l'absence d'utilisation de la PrEP et du préservatif de façon indépendante (*GEE* simple), puis en tenant compte de l'impact des unes et des autres (*GEE* multiple). Les résultats montrent que l'absence d'utilisation de PrEP et de préservatif au cours d'un rapport sexuel est principalement liée à la perception sociale du type de partenaire. Concrètement, les rapports anaux avec un partenaire différent du partenaire principal ou avec un statut sérologique autre que négatif, sont moins associés à l'absence d'utilisation de la PrEP et du préservatif. Ces stratégies de prévention individuelle traduisent une forme de rationalité dans la gestion du risque VIH. Toutefois, cela soulève des enjeux de santé publique quant à la réelle efficacité de cette gestion du risque différenciée en fonction des caractéristiques du partenaire. En effet, son efficacité est soumise à un recours au dépistage suffisamment régulier et à l'exclusivité des partenaires au sein des couples. Or la littérature montre que le recours au dépistage en France des HSH est insuffisant par rapport à leur niveau d'exposition au risque (Haute Autorité de Santé, 2017; Marty et al., 2018) et que la majorité des infections VIH a lieu avec leur partenaire principal (Sullivan et al., 2009). Nos résultats montrent également un manque de confiance dans la stratégie du *TasP* étant donné que les rapports avec des partenaires séropositifs ayant une CV indétectable ont plus de chance d'être protégés par la PrEP et/ou le préservatif.

D'autre part, l'absence d'utilisation de PrEP et de préservatif est également liée à des problématiques de santé mentale et plus spécifiquement aux épisodes de vie dépressifs ainsi que de consommation d'alcool en contexte sexuel. Ces résultats soulignent ainsi le besoin d'une approche personnalisée et holistique de la population des HSH dans le champ de la prévention.

Chapitre 8 : Discussion générale

Avant l'accès de la PrEP, les stratégies de prévention du VIH mises en oeuvre n'ont pas permis de faire reculer significativement le VIH chez les HSH. Cet échec peut être attribué en partie, à la difficulté de faire coexister le champ de la maladie avec celui de la sexualité et de l'amour (Apostolidis, 2000). Les stratégies de prévention individuelle reposent sur une appropriation personnelle des stratégies de prévention recommandées auxquelles s'associent les représentations et la subjectivité de chaque individu.e qui interviennent lors d'une interaction sexuelle (Apostolidis, 2000; Morin & Apostolidis, 2002).

Les différentes sous-études de cette thèse visaient à étudier l'impact psychosocial d'une nouvelle stratégie préventive biomédicale du VIH quant à la gestion du risque individuel des HSH.

1. Synthèse générale des résultats

Les cinq études de cette thèse illustrent l'évolution et l'adaptation des comportements sexuels et préventifs vis-à-vis du VIH suite à l'adoption de la PrEP par des participants HSH à haut-risque d'infection VIH, au sein d'un essai clinique et communautaire de prévention biomédicale.

Il en ressort que l'adhésion des participants à la PrEP est largement supérieure à l'adhésion au préservatif. En effet, dès la phase *DBP* de l'essai, près des trois-quarts des rapports sexuels étaient protégés par la PrEP (contre un seul quart protégé par le préservatif) et cette adhésion évolue positivement au cours de la phase *OLE* avec environ 70% des participants utilisant systématiquement la PrEP pour leurs rapports sexuels (contre 39% des participants utilisant le préservatif environ une fois sur deux).

La perception du risque semble être un déterminant majeur de l'utilisation de la PrEP avant un rapport sexuel, compte-tenu que 100% des participants ayant une perception du risque élevé utilisent systématiquement la PrEP.

Toutefois, cette thèse montre qu'il reste presque 20% de rapports sexuels non protégés par la PrEP mais aussi sans utilisation du préservatif en contrepartie. L'étude des facteurs associés à ces rapports montre une absence de « profil » de personnes à risque. En effet, mise à part le vécu d'un épisode dépressif récent, les facteurs associés à l'absence d'utilisation de la PrEP et du préservatif sont des facteurs dynamiques liés à la situation sociale et relationnelle du rapport sexuel, comme la distance affective avec le partenaire et/ou son statut sérologique. Ces résultats

sont concordants avec les résultats relatifs aux déterminants de la perception du risque, et par extension de l'adhésion à la PrEP. En effet, d'une part, le regroupement des participants en différentes trajectoires de perception du risque repose sur des variations de comportements sexuels plutôt que de caractéristiques sociodémographiques des participants. D'autre part, la perception du risque au sein de chaque groupe varie également en fonction de facteurs contextuels et situationnels.

Le cadre empirique d'essai préventif et communautaire de cette thèse a été l'occasion d'explorer la forme que pouvait prendre la relation participant-médecin dans ce contexte spécifique. Les entretiens avec les médecins rapportent une relation fondée sur l'écoute et l'accompagnement des participants, illustrée principalement par la mise en œuvre d'une posture différente pendant les consultations pour certain·e·s médecins. C'est particulièrement le cas des spécialistes en infectiologie, moins familier·ière des consultations de prévention par rapport aux médecins généralistes. La dynamique relationnelle avec les AC a également été vécue comme un point très positif de l'essai par les médecins, avec une mise en avant de la complémentarité de ces deux approches du participant. Les participants ont également rapporté un regard positif sur l'accompagnement combiné médical et communautaire dont ils ont bénéficié avec une comparaison favorable des médecins rencontré·e·s dans le cadre de l'essai par rapport aux autres médecins et simultanément une comparaison moins favorable lorsqu'ils·elles sont mis en comparaison avec les AC. Les qualités relationnelles d'écoute et de non jugement ainsi que la disponibilité et l'adaptabilité ont été des critères importants pour l'évaluation de l'accompagnement chez les participants.

Le caractère préventif de la PrEP ainsi que l'implication des participants dans un essai communautaire ont favorisé l'émergence d'une relation médecin-participant partenariale.

L'intégration positive de la PrEP chez les participants HSH a entraîné une reconfiguration de la gestion du risque VIH caractérisée principalement par une baisse de l'utilisation du préservatif (environ un tiers des rapports sexuels sont protégés par le préservatif en phase *OLE* vs. 41% en phase *DBP*) ainsi qu'une baisse du nombre de partenaires sexuels en phase *OLE*. Les autres comportements sexuels mesurés n'ont pas présenté d'évolution suite à l'intégration de la PrEP dans l'offre de prévention à disposition des participants.

2. Vers une interprétation psychosociale des résultats

2.1 L'approche psychosociale et multi-niveaux comme grille de lecture de la gestion du risque VIH chez les HSH : la théorie des niveaux de Doise comme outil d'aide à l'interprétation des résultats (1986)

L'analyse multi-niveaux des résultats de cette thèse se justifie, tant pour prendre en compte le caractère pluridimensionnel du VIH, que pour étudier les comportements sexuels d'une population dans un contexte donné. En effet, nous avons vu que l'analyse du risque VIH peut se faire au niveau comportemental, social ou sociétal (Calvez, 2004). Dans cette optique, l'approche multi-niveaux de Doise (1986) permet de tendre vers une vision compréhensive et située de la gestion du risque lié au VIH chez les HSH dans un contexte préventif évolutif du fait de l'introduction de la PrEP. Ce modèle permet d'intégrer simultanément les comportements sexuels et préventifs des HSH et le contexte relationnel et social dans lesquels ils s'inscrivent à travers l'articulation de quatre niveaux d'explications (niveaux intra-personnel, interpersonnel-situationnel, positionnel et idéologique).

Dans le cadre de cette thèse, afin de respecter l'approche constructiviste dans laquelle s'inscrit ce travail, les niveaux 1 et 2 ont été analysés conjointement. En effet, il paraît difficile dans une perspective psychosociale et compréhensive de décontextualiser les comportements du cadre relationnel et situationnel dans lesquels ils s'inscrivent (Morin & Apostolidis, 2002).

2.1.1 Gestion individuelle du risque VIH

Les niveaux intra et inter personnel de Doise (1986) concernent les perceptions qu'une personne a de son environnement, de son milieu social ou de ses comportements, ainsi que les processus interpersonnels et situationnels impliqués dans une situation donnée (dynamiques relationnelles qui émergent entre des individu·e·s).

Nos résultats montrent l'existence d'un lien fort entre le contexte et les comportements sexuels, et plus particulièrement avec la situation sociale interpersonnelle qu'implique un acte sexuel. La perception qu'a une personne de son environnement et de ses comportements est en effet largement influencée par la situation sociale dans laquelle elle est insérée. La mise en sens des comportements sexuels et préventifs observés dans l'essai n'est donc possible qu'en tenant compte des situations sociales associées. Les études 2 et 5 sur les trajectoires de perception du risque et les facteurs associés à l'absence d'utilisation de la PrEP et du préservatif mettent en avant une absence de « profil » HSH qui expliquerait le niveau de risque ou de protection pris vis-à-vis du VIH. En ce sens, étudier les comportements de façon isolée ne permet pas leur

compréhension ; c'est la prise en compte du contexte et de variables psychosociales qui le permet. Ainsi, l'étude 2 montre le rôle majeur de la perception du risque sur l'adhésion à la PrEP : l'appartenance à une trajectoire de perception du risque (faible, modérée, élevée) est significativement déterminée par le nombre de partenaires sexuels (plus le nombre est élevé, plus les participants appartiennent à une trajectoire de perception du risque élevée) et par la consommation de drogues récréatives en contexte sexuel. Ces deux facteurs renvoient donc à des comportements sexuels – et non pas à des caractéristiques sociodémographiques. Plus spécifiquement, les facteurs associés aux variations significatives de perception du risque VIH au sein de chaque trajectoire relèvent de facteurs comportementaux (nombre de partenaires sexuels, position réceptive pendant l'acte, consommation d'alcool et de drogues récréatives), mais aussi de facteurs situationnels comme le contexte dans lequel se déroule le rapport sexuel (lieu « privé » vs. lieu « public »). Les comportements sexuels significativement associés à la perception du risque VIH sont des facteurs effectivement identifiés comme liés à des comportements augmentant le risque d'infection par le VIH (Koblin et al., 2006). En revanche, le niveau de risque perçu associé aux rapports sexuels en fonction du lieu dans lequel ils se déroulent renvoie à des significations socialement construites. C'est alors la perception sociale des différents scénarii de rencontre qui influence la perception du risque VIH associée (Apostolidis & Dany, 2012).

L'étude 5 confirme les conclusions de l'étude 2. Les facteurs associés à l'absence d'utilisation de la PrEP et du préservatif sont principalement liés aux pratiques sexuelles (nombre de rapports sexuels, consommation d'alcool en contexte sexuel) et aux significations socialement construites associées au type de partenaire (distance affective et statut sérologique). Les résultats de cette étude montrent qu'il est plus probable d'observer des rapports sexuels sans protection (PrEP-préservatif) lorsqu'ils ont lieu avec un partenaire principal ou un partenaire ayant un statut sérologique négatif au VIH et donc qu'il est moins probable que cela se produise avec des partenaires occasionnels ou ayant une sérologie VIH positive ou inconnue. Ces résultats soulignent le rôle du contexte et de la perception sociale de la situation dans le recours aux moyens de prévention. Ils révèlent une gestion différenciée du risque en fonction de normes socialement construites du risque sexuel, avec des situations socialement jugées comme à faible risque (rapport avec un partenaire principal ou séronégatif) et d'autres à haut risque (rapport avec des partenaires occasionnels, multiples, séropositifs ou avec une sérologie inconnue) (Morin & Apostolidis, 2002).

La perception et la gestion du risque VIH des HSH dépendent donc fortement des comportements sexuels et des contextes associés : ce sont des éléments dynamiques et

socialement situés. Ces résultats montrent l'interaction de l'individuel et du social dans les comportements vis-à-vis du risque VIH et vont dans le sens d'une conceptualisation de la gestion du risque VIH dans une perspective, a minima, socio-cognitiviste. L'étude exclusive des comportements intra-individuels revient donc à ignorer la part du social dans chaque individu-e et dans ses comportements et cognitions (Morin & Apostolidis, 2002).

2.1.2 Effet des différents statuts sociaux dans les dynamiques relationnelles de l'essai

Le niveau positionnel de Doise (1986) analyse l'effet des différentes positions et appartenances sociales sur l'interaction entre personnes ainsi que ce que cela implique en termes de mondes sociaux et représentationnels préexistants sur celle-ci. C'est à ce niveau que peut être analysée l'influence des relations participant-médecin, médecin-AC et participant-AC sur l'appropriation de la PrEP et sur la gestion du risque VIH par les participants. Le triangle relationnel médecin-AC-participants met en contact des groupes sociaux n'ayant ni la même position sociale ni le même pouvoir dans leurs interactions. En effet, d'un côté les médecins représentent le savoir médical, le pouvoir et la hiérarchie au sein du système de soin, d'autre part, les AC représentent la dimension communautaire, associative et militante de la lutte contre le VIH. L'historique de la lutte contre le VIH montre le rôle important que les associations communautaires ont pu jouer dans les avancées scientifiques et médicales et dans l'évolution de la place des patient·e·s dans le système de soin. Enfin, les participants HSH représentent une population stigmatisée pour ses comportements sexuels à risque, et donc parfois éloignée du soin. De plus, les HSH participant à l'essai sont proches des sphères associatives et également volontaires pour participer à un essai biomédical de prévention, en partie décrié au sein même de leur communauté. Ces derniers représentent des groupes sociaux plus ou moins proches avec des enjeux et des intérêts liés à l'essai à la fois différents et à la fois interdépendants. Par exemple, l'intérêt des médecins pour participer à cet essai était de pouvoir mesurer le niveau d'efficacité clinique de la PrEP à la demande. Pour les AC, c'était de favoriser l'accès à la PrEP en France, déjà autorisé en schéma continu dans d'autres pays, et de montrer l'intérêt de leur participation dans un tel essai (reconnaissance de leurs compétences et de la plus-value de l'accompagnement communautaire). Enfin, l'intérêt des participants étaient à la fois individuel (accéder à une nouvelle stratégie de prévention) et collectif (participer à une recherche pouvant être bénéfique pour leur communauté face au risque VIH). Par ailleurs, les difficultés de l'essai pour recruter des participants, accompagnées de la présence des AC dans la recherche, ont pu

venir questionner le statut de supériorité, en terme de pouvoir et de savoir, des médecins dans la relation avec les participants et les AC.

Les résultats montrent que la collaboration entre ces trois acteur·rice·s a été positive du point de vue des médecins et des participants interrogé·e·s. Cette dernière est venue reconfigurer les positions et les enjeux de pouvoir entre eux. Ainsi, d'une part les médecins ont décrit une posture vis-à-vis des participants qui tendait vers un suivi personnalisé et partenarial. Ce positionnement, majoritairement nouveau pour les médecins interrogé·e·s, s'explique par la particularité du contexte, à la fois d'essai clinique et de prévention, les spécificités des participants et la collaboration avec les AC. En effet, le positionnement des participants, avec un niveau élevé d'éducation et d'information sur le VIH, rendait difficile la mise en œuvre d'une relation paternaliste. De plus, le fait que ces participants étaient volontaires dans un essai clinique qui a rencontré des difficultés de recrutement a également pu renforcer le besoin des médecins de modifier leur positionnement durant les consultations. La collaboration pluridisciplinaire avec les AC a également été un facteur de changement en permettant aux médecins et aux AC d'échanger sur leurs pratiques d'accompagnement et leur positionnement vis-à-vis de la PrEP et des stratégies de RDR. Ces éléments ont entraîné des modifications positives chez les médecins avec une plus grande ouverture aux stratégies de RDR et une plus grande attention portée à leurs capacités relationnelles.

La nature des échanges rapportée au sein du triangle relationnel médecins-AC-participants peut être éclairer par les travaux de Sherif et Sherif (1979). Ces derniers montrent le besoin de prendre en considération la situation dans laquelle se rencontrent les différents groupes et dans quels buts pour comprendre la nature de leurs interactions. En effet, il existe trois situations principales autour desquelles des groupes peuvent se rencontrer, qui n'ont pas les mêmes effets sur les interactions (Sherif & Sherif, 1979). Si les groupes se retrouvent autour d'un objectif les mettant en compétition les uns avec les autres, leurs interactions seront alors davantage caractérisées par de la tension ou de l'hostilité. Il en est de même si les groupes se rencontrent sans objectif précis. Cependant, si les groupes sont amenés à échanger autour d'un objectif commun, supra-ordonné, les interactions seront davantage tournées vers la coopération et la cohésion sociale. Ces travaux montrent que les relations entre les groupes sont déterminées par les projets des groupes en interaction et par la situation (Doise, 1984). La notion de projet commun est importante pour comprendre la nature des interactions entre les groupes car elle traduit toute une dynamique de représentations (Doise, 1976) et d'attributions sociales (Hewstone & Jaspars, 1982). A travers leur impact sur le processus de catégorisation sociale, au niveau de l'action comme au niveau de l'évaluation et de la perception, les projets communs

renforcent ou diminuent les clivages entre les groupes (Doise, 1984). Lors d'une interaction interpersonnelle, notamment entre des personnes appartenant à des groupes différents, les interactions combinent toujours des dynamiques individuelles et collectives influencées par les différentes appartenances groupales des sujets (Doise, 1984).

En ce sens, la configuration des échanges et des interactions entre les médecins-AC-participants a pu être positivement influencée par l'adhésion commune à l'essai ANRS-IPERGAY et à la PrEP des différents groupes, même si le détail des motivations de chaque groupe peut différer. Ainsi, le contexte d'essai a pu favoriser la mise en œuvre d'une collaboration réussie entre les médecins et les AC et une meilleure relation participant-médecin, qui n'aurait peut-être pas pu avoir lieu dans un autre contexte. Cette hypothèse est soulignée par l'évaluation plus favorable des médecins de l'essai vis-à-vis de ceux·lles rencontrés·es avant l'essai par les participants.

2.1.3 Le contexte sociétal, culturel et idéologique de la France quant au VIH et sa prévention

Le dernier niveau de Doise (1986), le niveau idéologique, concerne les idéologies, les systèmes de croyances, de représentations, de normes et de valeurs de la société dans laquelle se situent les individu·e·s étudié·e·s.

2.1.3.1 Les stigmates liés au VIH et à l'homosexualité en France

La population d'étude dans l'essai ANRS-IPERGAY était quasi exclusivement des HSH, donc une population possiblement stigmatisée pour sa sexualité (Alonzo & Reynolds, 1995; Goffman, 2012). Le stigmate, visible ou invisible, représente un jugement de valeur (le plus souvent négatif), posé de l'extérieur, sur un trait physique ou moral de la personne (Le Breton, 2004). Bien que le stigmate lié à l'homosexualité se soit atténué, les HSH en restent toujours porteurs et sont ainsi potentiellement discréditables (Goffman, 2004). Ce stigmate peut être renforcé par le fait que les HSH constituent une communauté naturelle, définie par les chercheur·e·s à des fins de recherche. En effet, ce terme permet de regrouper des individus, sur la base de pratiques sexuelles communes, à risque d'infection par le VIH. Cette catégorie est de ce fait « sur-étudiée » dans les recherches en santé publique dans le champ du VIH, ce qui peut entraîner une autre forme de stigmatisation liée au fait de prendre des risques pour sa santé. La santé et les comportements associés étant l'objet d'une forte valorisation sociale dans notre société, cela conduit simultanément à une stigmatisation des individu·e·s ne se pliant pas à cette

norme du culte de la santé (Peretti-Watel, 2010; Peretti-Watel & Moatti, 2009). Alonzo et Reynolds (1995) illustrent ce processus en montrant que le stigmaté lié au VIH est un processus dynamique qui commence avant même l'infection chez les personnes pouvant être considérées « à risque » à travers le regard des autres, le plus souvent sur la base de comportements sexuels (HSH, partenaires multiples). Cela mène à un second stigmaté invisible, l'infection VIH (Marsicano et al., 2014; Peretti-Watel, Spire, Obadia, Moatti, & for the VESPA Group, 2007b). Elle est une des pathologies les plus stigmatisées « de la méfiance à la critique, de l'ostracisme à la discrimination, du rejet à l'abandon, de la stigmatisation à la spoliation, l'existence d'attitudes hostiles envers les personnes atteintes, nourries par des connotations péjoratives de la maladie, semble être un invariant culturel » (Desclaux, 2003, p.1). Cette maladie est considérée comme « honteuse », du fait de ces modes de contraction et d'un « corps contaminé mais également contaminant » (Pierret, 1997, p.103)

Être porteur·se d'un stigmaté, visible ou non, a des répercussions sur l'identité sociale, définie par Tajfel (1972) comme étant « liée à la connaissance de son appartenance à certains groupes sociaux et de la signification émotionnelle et évaluative qui résulte de cette appartenance » (p. 292). C'est donc sur l'appartenance à différents groupes sociaux que l'identité sociale des individu·e·s ainsi que la place qu'ils·occupent dans la société se forment (Deschamps & Moliner, 2012). La dimension évaluative de l'identité sociale est basée sur le processus de comparaison sociale (Festinger, 1954) qui permet d'évaluer la valence positive ou négative de l'identité. Le sentiment d'identité des individu·e·s, les perceptions de leurs ressemblances et différences avec autrui, sont dépendants de leurs représentations sur eux·elles-mêmes et les autres (Deschamps & Moliner, 2012). En ce sens, l'identité sociale est étroitement liée aux représentations identitaires (Deschamps & Moliner, 2012).

Par ailleurs, Goffman (2012) apporte une précision quant au contenu de l'identité sociale. Selon lui, elle est constituée, d'une part, de l'identité virtuelle issue du regard de l'entourage et de leurs représentations des attributs physiques et moraux de l'individu·e et d'autre part, de l'identité réelle basée sur le sentiment de l'individu·e à son égard en fonction des attributs réellement possédés. L'attribution d'un stigmaté (visible ou invisible) peut alors créer un écart entre ces deux identités et par là même compromettre l'identité sociale du sujet (Goffman, 2004).

C'est dans ce contexte vis-à-vis du VIH et des HSH que s'est déroulé l'essai ANRS-IPERGAY. En ce sens, la participation à l'essai peut être considérée comme une stratégie visant à agir sur ces stigmates. En effet, la participation à un essai de prévention peut favoriser la mise à distance du statut de « personne à risque » du fait de son orientation et de ses pratiques sexuelles vis-à-

vis du VIH. De plus, l'expérience collective et le partage social de l'expérience renforcent l'appartenance à un groupe en réduisant le stigmate individuel par la reconnaissance de son vécu par ses pairs, bien qu'il demeure au regard de la société (Laguette & Préau, 2015).

2.1.3.2 Cadre d'exécution de la PrEP en France

L'historique de l'introduction de la PrEP en France est retracée dans le rapport sur l'évaluation de la recommandation temporaire d'utilisation de TRUVADA® dans la prophylaxie pré-exposition de l'infection par le VIH (Duhamel & Morelle, 2018). La PrEP est disponible en France, hors essai, depuis 2016, dans le cadre d'une Recommandation Temporaire d'Utilisation (RTU) et depuis le 1er mars 2017, grâce à une extension d'autorisation de mise sur le marché du Truvada® chez l'adulte.

Les premiers essais de PrEP remontent à 2010 et les États-Unis ont approuvé l'utilisation de la PrEP dès 2012. En France, la demande de RTU s'est faite à l'initiative de l'association AIDES en 2013. C'est seulement en 2015 qu'un comité scientifique a été mis en place pour déterminer la balance bénéfices-risques de la PrEP. Ce comité a rendu son rapport en juin de la même année. Mais l'agence nationale de santé et du médicament (ANSM) convoque alors un deuxième groupe d'expert·e·s qui s'est réuni en octobre. En novembre 2015, le directeur général de l'ANSM donne enfin une suite favorable à la demande de RTU pour la PrEP qui est effective en janvier 2016 soit trois ans après la saisine initiale. Le traitement est pris en charge à 100% par la sécurité sociale (Morlat, 2018) et les critères de la RTU prévoient que la PrEP s'adresse à toutes les personnes majeures exposées par leurs pratiques à un haut risque de contracter le VIH et notamment aux HSH ou personnes transgenres répondant à au moins un des critères suivants : i) avoir eu deux rapports sexuels anaux sans préservatifs avec des partenaires différent·e·s au cours des six derniers mois, ii) avoir eu un épisode d'IST dans les douze derniers mois, iii) avoir eu recours à un traitement post exposition au VIH dans les douze derniers mois et iv) consommer des drogues lors des rapports sexuels (*chemsex*) (Haute Autorité de Santé (HAS), 2017). Elle peut également être prescrite au cas par cas aux personnes dans les situations suivantes : i) consommation de drogues injectables avec échanges de seringues, ii) travailleurs.es du sexe avec des rapports sexuels non protégés et iii) vulnérabilité exposant à des rapports sexuels non protégés à haut risque de transmission du VIH (Haute Autorité de Santé (HAS), 2017).

La lenteur de la procédure a été dénoncée par des acteur·rice·s de l'époque, notamment par des personnes du milieu associatif. Plusieurs d'entre eux·elles ont ainsi déclaré que le dossier RTU leur avait paru être « enlisé » ou « enterré » (Duhamel & Morelle, 2018) pendant de trop longs

mois et que l'instruction de la RTU pour la PrEP n'a véritablement commencé qu'à l'automne 2014, à la suite de l'interruption des essais PROUD et IPERGAY. Les résultats cliniques très positifs (86% de réduction de l'incidence du VIH) de ces essais ont provoqué une prise de conscience collective de l'intérêt de la PrEP (Duhamel & Morelle, 2018).

Les données scientifiques relatives à l'efficacité de la PrEP n'ont pas conduit immédiatement à son introduction dans le *package* de prévention combinée. Cela en raison notamment d'une surestimation des risques liés à l'utilisation de la PrEP et d'une survalorisation relative accordée à l'efficacité du préservatif au regard de la prévention de l'infection par le VIH. En ce sens, le principe de précaution a eu des conséquences négatives en termes de santé publique sur le nombre de nouvelles infections VIH. Il existe deux manifestations de ce dernier, premièrement par la sous-estimation de la gravité d'un risque, risque identifié donc, mais minoré ; et deuxièmement par la surestimation d'un risque, risque réel certes, mais majoré dans ses conséquences. Ces deux versions aboutissent à un résultat identique : la bonne décision, celle qui réduirait le risque sanitaire, est retardée. C'est la seconde version de cette application du principe de précaution qui a été à l'œuvre dans le cas de la PrEP (Duhamel & Morelle, 2018). Le principe de précaution est au cœur des stratégies et des décisions de santé publiques, au même titre que la prévention (Martuzzi, Tickner, World Health Organization, & Regional Office for Europe, 2004). La différence entre ces deux approches réside dans la temporalité de l'action. D'une part, la prévention intervient en réaction après l'identification d'un risque avéré pour la santé. Et d'autre part, le principe de précaution renvoie à l'idée de prévoyance, ce qui implique d'anticiper les risques liés à une action avant même qu'ils soient clairement établis de façon scientifique (Tickner, Kriebel, & Wright, 2003). Le principe de précaution s'applique principalement pour les risques concernant une/des population·s globale·s, notamment dans le domaine de l'écologie et des évolutions technologiques (Martuzzi et al., 2004). L'application du principe de précaution repose sur plusieurs critères, dont l'évaluation des alternatives, c'est à dire évaluer les autres options disponibles pour atteindre un même objectif. Généralement, les décisions en santé publique se basent sur l'estimation de la probabilité qu'une action proposée entraîne des préjudices et évaluent ensuite si ce risque est acceptable. La gestion des risques du point de vue du principe de précaution préconise plutôt de questionner si les actions proposées sont réellement nécessaires pour atteindre l'objectif de santé publique (Martuzzi et al., 2004). Dans le cadre de la PrEP c'est ce principe d'alternative disponible à moindre risque qui a retardé son autorisation d'utilisation. L'accès aux préservatifs, stratégie de prévention sans effet secondaire sur la santé physique, a été un élément clé pour remettre en question l'utilité de la PrEP d'un point de vue de santé publique. Or, ici le principe de précaution s'est appliqué en

prenant uniquement en compte l'efficacité théorique du préservatif (et non l'efficacité relative compte-tenu de son taux d'utilisation) et les effets secondaires sur la santé physique et non sur la santé globale incluant la santé sexuelle et mentale. Malgré le fait que depuis 2010, suite à la publication du rapport concernant les stratégies de prévention dans les groupes à haut risque d'acquisition du VIH et des IST (Lert & Pialoux, 2010), la prévention du VIH s'inscrit (ou doit s'inscrire) dans le paradigme de la RDR, le dogme préventif du préservatif a été un frein pour la mise en œuvre de la PrEP. En effet, l'utilisation du préservatif, dont l'efficacité est pourtant relativisée par de multiples études de terrain indiquant soit une adhésion médiocre, soit un *relapse*, a malgré tout été érigée par nombre de personnes auditionnées dans le cadre de la RTU comme l'unique référence en matière de prévention, tant du point de vue préventif que du point de vue moral (Duhamel & Morelle, 2018). Cela illustre l'importance du social et des idéologies jusque dans les prises de décisions sanitaires.

Actuellement, on dénombre environ 10 000 personnes sous PrEP en France (Billioti De Gage, Aubrière, & Dray-Spira, 2018). Ce nombre est très inférieur aux estimations initiales de la Direction de la Sécurité Sociale qui, dans la phase de discussion administrative préalable au lancement de la RTU, prévoyait un effectif allant de 30.000 à 48.000 patient·e·s.

Une des principales explications de cet écart est le manque de campagnes d'information au sujet de la PrEP en France. Bien qu'une campagne sur le thème de la prévention diversifiée ait été promue par Santé Publique France en novembre 2016 à l'attention des HSH, à la fois dans l'espace public et *via* le dispositif communautaire, aucun message spécifique à la PrEP n'a été diffusé dans l'espace public. En effet, les affiches mentionnaient seulement l'abréviation « *PrEP* » qui, sans autre explication, n'a pas la portée d'un message suffisamment clair et précis auprès des populations concernées (Duhamel & Morelle, 2018). Malgré sa mise sur le marché, la disponibilité de la PrEP comme outil de prévention n'est donc pas totalement assumée par les pouvoirs publics.

Le rapport d'évaluation de la RTU ainsi que la communication associée à la PrEP des pouvoirs publics illustrent bien la façon dont les enjeux idéologiques et normatifs relatifs à la sexualité interagissent avec les décisions institutionnelles et influencent ainsi la prévention du VIH en France.

2.1.3.3. PrEP et stigmatisme

Il existe peu de données à ce jour en France concernant le stigmatisme lié à l'utilisation de la PrEP. Toutefois, la littérature internationale révèle une nouvelle forme de stigmatisation des HSH liée à la PrEP, « *PrEP whore* » (traduction : les putains de la PrEP). Cette appellation fait référence

au courant du « *slut shaming* » (traduction : honte aux salopes). Le *slut shaming* est apparu lors de la libéralisation de la sexualité des femmes, il reflète le jugement moral de la société, ou d'une partie de la société, sur la sexualité des femmes (Dow & Wood, 2014). Le phénomène des « PrEP *whore* » est une nouvelle forme de *slut shaming* mais à l'encontre principalement des HSH prenant la PrEP (Spieldenner, 2016). Ce stigmatisme est une barrière à la mise en œuvre optimale de la PrEP dans les populations les plus à risque d'infection (Auerbach et al., 2015; Eaton et al., 2017; Eisingerich et al., 2012; Golub, 2018). Une étude qualitative auprès de HSH prenant la PrEP a permis d'explorer leur vécu quant à ce stigmatisme. Il en ressort que les HSH de cette étude ont déjà vécu des expériences de rejet de la part de potentiels partenaires sexuels liées à leur statut de « preppieur ». Ils rapportent également un amalgame entre la PrEP et le *chemsex* (Dubov, Galbo, Altice, & Fraenkel, 2018). Selon eux, ce stigmatisme est en lien avec le stigmatisme plus général lié au VIH et à la moralisation liée à l'utilisation du préservatif (Dubov et al., 2018). Deux autres stéréotypes couramment associés à la PrEP concernent le fait que les « preppieur·se·s » mentent sur leur statut sérologique et qu'ils·elles sont en réalité séropositif·ve·s, et qu'ils·elles sont contre le préservatif et donc à fort risque d'IST (Grimm & Schwartz, 2018; Liu et al., 2014).

En France, des données similaires commencent à être observées. Des focus groups auprès de HSH, inclus dans la cohorte de preppieur·se·s ANRS-PREVENIR en Ile-de-France, ont montré un processus de stigmatisation multi niveaux lié à l'utilisation de la PrEP (Puppo, 2019). Premièrement, une forme de stigmatisation générée par la société à l'encontre des preppieur·se·s a été perçue, principalement dûe au fait que la PrEP est identifiée par la population générale comme étant un traitement pour les personnes séropositives. Cette stigmatisation est susceptible d'affecter les relations intergroupes entre la population générale et les preppieur·se·s. Deuxièmement, une autre forme de stigmatisation à l'encontre des preppieur·se·s est également susceptible d'affecter les relations intergroupes, mais cette fois à l'intérieur même de la communauté HSH. En effet les HSH non preppieurs manifestent des préjugés quant aux pratiques sexuelles des HSH preppieurs, les considérant plus à risque de transmission d'IST que les autres. Enfin, une dernière forme de stigmatisation concernant l'utilisation combinée du préservatif et de la PrEP, considérée comme trop sécuritaire, est générée par les preppieur·se·s eux·elles-mêmes, affectant ainsi les relations intragroupes. Ces différents processus de stigmatisation conduisent au développement d'une nouvelle communauté, celles des preppieur·se·s (Puppo et al., 2019).

Ce contexte international stigmatisant autour de l'usage de la PrEP a ainsi pu favoriser la cohésion intragroupe au sein de l'essai ANRS-IPERGAY, afin de lutter contre ce stigmatisme.

Synthèse de l'analyse multi-niveaux :

La gestion du risque VIH observée dans l'essai ANRS-IPERGAY s'inscrit dans un contexte social et culturel où le regard porté sur le VIH et les HSH demeure complexe. La prévention du VIH et la sexualité restent pensées sous le prisme de la morale dominante. En ce sens, les comportements sexuels et le risque représentent des phénomènes sociaux (Kmiec & Roland-Lévy, 2014; Ogden, 2011). L'introduction de la PrEP comme moyen de prévention vient agir sur ces phénomènes. Son utilisation permet, d'un point de vue social, de légitimer ces comportements à risque.

Malgré la stigmatisation naissante vis-à-vis des « preppeur·se·s », cela ne semble pas avoir négativement impacté les comportements sexuels et préventifs des HSH de l'essai. En effet, un lien a été montré entre stigmatisation et comportements sexuels à risque (Earnshaw & Chaudoir, 2009; Florom-Smith & De Santis, 2012; Jeffries et al., 2013; Mahajan et al., 2008; Peretti-Watel et al., 2007b) ainsi qu'avec une moindre adhésion aux traitements et aux services de soin (Mahajan et al., 2008; Okello et al., 2015). Nos résultats ne montrent pas une augmentation de comportements sexuels à risque, ils mettent plutôt en avant l'adhésion positive à la PrEP dans l'essai. De plus, le contexte associé à la prescription de la PrEP, *via* l'accompagnement médical et communautaire, semble être un levier de l'adhésion à la PrEP dans l'essai. Nous pouvons supposer que ce contexte favorable à l'adoption de la PrEP a favorisé la création d'un sentiment d'appartenance à la « communauté IPERGAY » qui a permis aux participants de se protéger de ce stigmate et de ses conséquences pendant l'essai (Laguet & Préau, 2015).

L'interprétation de nos résultats et l'articulation des différents niveaux d'explications confirment la pertinence de mobiliser une lecture ternaire (Moscovici, 2014) de la gestion du risque VIH afin de tenir compte de l'interdépendance de l'individuel et du social. Nos résultats soulignent l'ancrage social des comportements sexuels et l'influence du contexte, au sens un peu plus large, sur la gestion du risque VIH. De plus, le contexte d'essai clinique et communautaire de prévention semble avoir créé un climat spécifique pour l'accompagnement de la PrEP.

2.2 Impact du *design* de recherche communautaire sur les dynamiques relationnelles de pouvoir dans l'essai

Les résultats observés dans le cadre de ce travail de thèse s'ancrent dans un contexte très spécifique, ayant certainement joué un rôle dans ceux-ci. En effet, les HSH et les médecins suivis étaient volontairement impliqués dans un essai clinique dans le champ de la prévention avec la particularité supplémentaire que l'essai était également une recherche communautaire. Ce contexte implique plusieurs éléments importants à considérer dans notre analyse. Premièrement, le statut d'essai clinique et les enjeux de recrutement des participants inhérents ont pu, dans une certaine mesure, amoindrir l'asymétrie de pouvoir dans la relation médecin-participant. En effet, dans ce contexte spécifique d'exercice, les médecins ont besoin des participants pour mener à bien leur objectif. Deuxièmement, l'élément majeur ayant pu influencer les dynamiques relationnelles et de pouvoir au sein de l'essai, et donc les résultats observés, c'est le *design* de recherche communautaire de l'essai. Cette approche méthodologique a impliqué la présence d'AC au sein des services hospitaliers. Ces derniers, au-delà du counseling individuel auprès des participants, ont promu les stratégies de réduction des risques au sein du service (*e.g.*, mise à disposition de matériel d'injection neuf). Les consultations médicales et communautaires ont été réalisées sur des plages horaires adaptées aux besoins des participants, c'est-à-dire en soirée, en dehors des horaires d'ouverture du service. Cela signifie également que l'implication et les attentes de la communauté HSH et des participants vis-à-vis de l'essai étaient très fortes.

Pour éclairer les dynamiques de pouvoir, induites par la recherche communautaire et la mise en relation de groupes sociaux différents, nous pouvons nous référer aux travaux de Foucault sur le pouvoir et la biopolitique. La lecture du pouvoir de Foucault s'inscrit dans l'évolution de notre société. En effet, il observe que l'exécution du pouvoir politique à partir du 19^{ème} siècle fait rupture avec les mécanismes punitifs mis en œuvre par le passé et se traduit désormais par une généralisation des processus de surveillance des individu·e·s (Bachler, 2009). Dans ce nouveau contexte de rationalité politique, la surveillance et la discipline des individu·e·s s'articulent grâce à la notion d'examen qui devient alors omniprésente dans la vie humaine. L'examen permet d'évaluer dans toutes les sphères de la vie, la conformité des individu·e·s à une norme. Cette dernière devenant donc un instrument majeur du pouvoir moderne. Gouverner les individu·e·s revient à mettre en place une société de la normalisation et à chercher à normaliser les comportements individuels (Bachler, 2009). Foucault distingue la loi de la norme. La première agit de l'extérieur sur les individu·e·s lors d'infraction alors que la seconde agit de l'intérieur par l'internalisation des conduites normatives à tenir (Foucault, 1975). Cette

normalisation des comportements s'effectue par le biais d'une multitude de micro-pouvoirs agissant à différents niveaux. A titre d'exemple, nous pouvons considérer comme acteur·rice de micro-pouvoir les parents, professeur·e·s et médecins (Foucault, 1975). Ces exemples illustrent le lien que fait Foucault entre le pouvoir et le savoir. Selon lui, l'exercice du pouvoir repose essentiellement sur les savoirs. Foucault explique dans « Surveiller et punir » que le concept de délinquance est fabriqué par l'institution même de la prison, tout comme le pouvoir psychiatrique a créé le concept de maladie. Ces institutions diffusent ainsi des normes qui sont ensuite érigées en vérité naturelle dans la prescription des conduites du pouvoir moderne (Foucault, 1975).

La biopolitique, par la redéfinition de la médecine comme pratique sociale, est un exemple d'exercice du pouvoir dans l'objectif de gouverner les corps et de normaliser les comportements. Dans le contexte du pouvoir moderne et du capitalisme, la santé et la maladie ne sont plus uniquement des états organiques. La santé devient un capital collectif garant de l'économie et du bon fonctionnement de la société ; ce qui conduit, par exemple, à une médicalisation des populations pauvres et des ouvriers afin de les rendre plus aptes au travail. Pour Foucault, cette médicalisation entraîne des catégories abusives. En effet, la psychiatrie tente de définir les caractéristiques spécifiques des personnalités criminelles. Ces stratégies médicales conduisent à une biologisation des comportements déviants pour justifier la médicalisation des comportements au déficit de l'éducation (Coutant, 2019).

Toutefois, bien qu'il parle du pouvoir porté par certain·e·s acteur·rice·s institutionnelles, Foucault insiste sur le fait que le pouvoir n'est pas une chose ou bien l'attribut d'une catégorie sociale spécifique mais qu'au contraire, le pouvoir est une relation (Merlin, 2009). En ce sens, le pouvoir ne se possède pas mais il s'exerce. Cela signifie qu'il peut être renversé. Le pouvoir est pour Foucault un rapport de forces, il est partout car il peut émaner de toutes relations qui mettent des forces en rapport (Foucault, 1975).

Dans son écrit sur le Sujet, Foucault (1982) propose d'analyser le pouvoir au travers des oppositions qui lui sont faites. Il cite, par exemple, l'opposition au pouvoir médical. Selon lui, cette opposition traduit une lutte non pas à l'encontre des médecins en tant que personnes, mais à l'encontre de cette forme de pouvoir moral et social qu'exerce la médecine. Un pouvoir incontrôlé sur le corps, la santé et la vie des patient·e·s. Compte-tenu du lien étroit entre pouvoir et savoir souligné par Foucault, cela vient remettre en cause la façon dont le savoir scientifique circule et fonctionne et dans une plus large mesure, le rapport au pouvoir et au régime du savoir.

L'analyse des relations de pouvoir repose sur l'établissement et l'exploration de plusieurs points (Foucault, 1982) :

- Le système de différenciation : toute relation de pouvoir repose sur des différenciations qui sont à la fois des conditions et des effets. Ces différenciations peuvent relever, par exemple, de différences juridiques, de statuts ou de privilèges entre les personnes en relation.
- La nature des objectifs motivant l'action des dominant·e·s (*i.e.*, celles·ceux ayant le pouvoir sur les autres dans le contexte donné) sur les dominé·e·s : maintien des privilèges, capitalisation des profits, exécution d'une autorité statutaire, exercice d'une fonction ou d'un métier.
- Les modalités d'exercice du pouvoir : menaces armées, paroles, disparités économiques, mécanismes de contrôle, systèmes de surveillance etc.
- Les formes d'institutionnalisation impliquées : familiale, scolaire, militaire, hospitalière, l'Etat etc.
- Le degré de rationalisation : la mise en œuvre des relations de pouvoir a un degré d'élaboration variable en fonction de l'efficacité des instruments utilisés et du degré de certitude quant au résultat. L'exercice du pouvoir est un fait dynamique et instable, doté de procédures plus ou moins ajustées.

Dans le cadre d'une recherche communautaire comme ANRS-IPERGAY, l'analyse des enjeux de pouvoir entre les différents acteur·rice·s à la lumière des travaux de Foucault est pertinente. Cette recherche met en relation des groupes ayant des statuts sociaux différents avec des degrés différents de pouvoir qui ont pu être en partie remaniés par le *design* de l'essai. Comme l'a souligné Foucault, les médecins exercent une forme de micro pouvoir sur les sujets par le contrôle et la normalisation de leur état de santé. Dans le cadre de notre recherche plusieurs éléments remettent en cause cette asymétrie. Premièrement, la demande d'évaluation de la PrEP en France a été faite à l'initiative de l'association communautaire AIDES. Cette démarche remet en cause l'ascendant de la médecine sur la santé des personnes car, dans ce contexte, la communauté a été proactive dans la demande de nouveaux moyens de prévention, basée sur le savoir scientifique déjà diffusé aux Etats-Unis. AIDES s'est ici emparé du savoir scientifique disponible pour essayer de renverser le rapport de force qu'oppose la médecine à la population. Le terme de rapport de force se justifie compte-tenu de la lenteur institutionnelle concernant l'évaluation de l'efficacité clinique de la PrEP en France alors qu'elle est déjà autorisée aux Etats-Unis depuis 2012 (premier essai clinique en 2010) et que l'efficacité des ARV en prévention de l'infection VIH est prouvée scientifiquement depuis 2008 au sein des couples

sérodifférents (*TasP*) (Duhamel & Morelle, 2018). Le choix quant aux recherches médicales mises en œuvre représente donc en soi l'exercice d'un micro pouvoir car il repose sur des stratégies s'inscrivant dans ce que Foucault a nommé la bio-politique dont l'objectif principal est la normalisation des comportements. Le contexte associé à la PrEP a donc déjà fragilisé l'asymétrie de pouvoir de la médecine envers les HSH. Dans le cadre de l'essai, cette asymétrie a d'autant plus été mise en cause car ANRS-IPERGAY était une recherche communautaire. Cela signifie, nous l'avons vu, une façon de faire de la recherche différente, caractérisée notamment par son aspect ascendant et non plus descendant (Demange, Henry, & Préau, 2012). Un exemple de renégociation de ce pouvoir, que Foucault (1975) nommerait de microphysique du pouvoir compte-tenu de son caractère mineur, ce sont les plages horaires des consultations médicales. Celles-ci ont été adaptées au besoin des participants et ont donc eu lieu le soir. Traditionnellement, ce sont aux patient·e·s de se plier aux règles de fonctionnement très standardisé de l'hôpital.

Le dernier élément ayant pu influencer les relations de pouvoir dans cette recherche est la spécificité de la médicalisation mise en œuvre avec la PrEP. En effet, Foucault a souligné le processus de médicalisation et de biologisation des comportements déviants (tabagisme, consommation d'alcool, toxicomanie etc.) afin de les normaliser (Coutant, 2019). La PrEP, bien qu'elle représente une médicalisation de la sexualité et spécifiquement d'une sexualité considérée à risque pour la santé et moralement encore mise en cause, ne vient pas normaliser les comportements sexuels mais peut au contraire venir les légitimer. Grâce à la PrEP, les comportements sexuels ne représentent plus ou peu de risque pour la santé. C'est donc la norme de ce qui est considéré comme déviant et à risque qui est mise en cause et non plus les comportements des personnes. Cela va à l'encontre d'une démarche de biologisation de la prise de risque, confirmée par ailleurs par les résultats observés dans cette thèse.

Le contexte de recherche communautaire a donc pu ici atténuer l'exercice du pouvoir médical des médecins. Cela a également permis à la communauté HSH de participer à la construction du savoir scientifique. Être acteur·rice dans une démarche de recherche en santé et de co-construction du savoir peut constituer une façon d'équilibrer les relations de pouvoir en jeu dans le champ de la médecine. Ce contexte spécifique a certainement contribué à la renégociation du pouvoir entre les différent·e·s acteur·rice·s impliqué·e·s dans l'essai et à la mise en place des relations plus horizontales observées dans nos résultats.

D'autres facteurs liés à la recherche communautaire ont pu influencer nos résultats. D'une part, la mobilisation volontaire des médecins pour participer à cette recherche communautaire a pu atténuer les processus de stigmatisation du corps médical à l'encontre des prepeurs, observés

dans d'autres contextes (Grimm & Schwartz, 2018; Qiao et al., 2018). Et d'autre part, accepter de participer à une recherche communautaire a pu conduire au recrutement des médecins les plus enclins au changement dans leur posture de médecin et leurs pratiques professionnelles.

La recherche communautaire et ces différents éléments contribuent à expliquer les résultats que nous avons pu observer dans cette thèse, notamment en termes de dynamiques relationnelles entre les participants-médecins-AC.

2.3 Le contexte et la situation sociale au cœur de la gestion du risque VIH

Nos résultats mettent en exergue les différents niveaux d'effets du contexte sur les comportements sexuels et préventifs vis-à-vis du VIH. D'une part, l'influence du contexte se fait à travers les moyens de prévention mis à disposition. En effet, les participants de l'essai ont été recrutés sur la base de leurs pratiques sexuelles à risque d'infection VIH, à savoir par l'utilisation non systématique du préservatif lors de pénétration anale avec au moins deux partenaires au cours des six derniers mois. Les statistiques descriptives de la phase *DBP* montrent également une utilisation du préservatif très faible dans cette population. Pour autant, dans cette même population, nos résultats montrent que l'adhésion à la PrEP est très élevée. Cela laisse entendre que la prise de risque n'est pas relative à une volonté propre car une même personne peut être considérée comme « à risque » d'un point de vue de santé publique dans une situation donnée puis comme une personne qui se protège efficacement du VIH dans une autre. D'autre part, les comportements sexuels et préventifs sont influencés par le contexte relationnel dans lequel ils interviennent (Morin & Apostolidis, 2002). En fonction de la perception sociale positive ou négative associée au scénario de la rencontre, aux caractéristiques du partenaire et à l'évolution de la rencontre, la gestion du risque VIH ne sera pas la même. L'influence du contexte relationnel est elle-même déterminée en partie par le contexte social dans lequel les personnes s'inscrivent. C'est le contexte social qui permet de donner une signification au contexte relationnel (Morin & Apostolidis, 2002). C'est ce qui a été observé dans nos études à travers la gestion du risque différenciée en fonction du type de partenaire (distance émotionnelle, statut sérologique) et du lieu de la rencontre sexuelle.

Ces résultats sous-entendent la nécessité de tendre vers une psychologie sociale de la situation.

2.3.1 *Vers une psychologie sociale de la situation dans le domaine de la prévention et de la santé*

La volonté de prendre en considération l'influence de l'environnement sur les comportements humains n'est pas récente. Bronfenbrenner définissait déjà il y a une quarantaine d'années l'environnement comme étant un système complexe composé de plusieurs facteurs (physique, biologique, social et culturel) interagissant les uns avec les autres, mais aussi, avec les individus qui le composent (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner, 1977).

L'environnement est alors considéré comme un facteur qui influence le développement et les comportements humains, et plus spécifiquement, cette influence s'actualise par le biais des situations actuelles vécues (Magnusson, 1981). En effet, selon Magnusson (1981), ce sont dans les situations concrètes, avec leurs caractéristiques physique, géographique et biologique, que les facteurs sociaux et culturels de l'environnement se reflètent et qu'ils peuvent être vécus par les individus. Les attributs de l'environnement sont, dans cette perspective principalement physique (espace matériel), biologique (personnes en interaction) et socioculturel (normes sociales, cultures, règles et lois). Toutefois, l'environnement perçu n'est pas identique aux caractéristiques « objectives » de l'environnement (Magnusson, 1981). En effet, la perception et l'influence de l'environnement sont elles-mêmes fonction des structures cognitives, des affects, des stratégies de *coping* et des conceptions du monde élaborées à partir des expériences et des confrontations de chaque personne avec plusieurs environnements passés (Magnusson, 1981). En ce sens, l'environnement passé interagit avec l'environnement présent. Cela fait écho au concept de construction sociale de la réalité définie par Berger et Luckmann (1966).

La psychologie sociale de la situation repose donc sur l'hypothèse suivante : comprendre la vision du monde d'une personne ou d'un groupe ainsi que la façon dont elle·il perçoit et interprète des situations spécifiques dans laquelle elle·il se trouve peut ensuite permettre de comprendre les comportements mis en place dans des situations spécifiques. Cette approche peut être pertinente dans le champ de la santé.

Cependant, le terme de situation peut recouvrir des conceptions et des réalités différentes. Par exemple, Lewin (1936) distinguait la situation de vie, caractérisée par les conditions de vie dans lesquelles vivent les personnes (profession et organisation du travail, relations familiales, niveau socioéconomique, lieu de vie etc.), de la situation momentanée qui renvoie à l'expérience, au vécu et à l'évaluation de ces conditions de vie. Pour le courant interactionniste, la situation est toujours vue comme subjective, car construite et perçue par chaque personne de

façon différente. Dans cette perspective le comportement est le produit de la personne et de la situation (Ekehammar, 1974). Une des façons de modifier les comportements serait d'essayer de modifier les situations plutôt que les personnes et de les préparer à gérer certaines situations (Argyle, Furnham, & Graham, 1981).

D'un point de vue méthodologique, étudier l'impact situationnel pose certains enjeux. Les situations peuvent être considérées comme des unités de l'environnement dont la démarcation est le temps (Magnusson, 1981). Cependant, le temps est difficile à évaluer selon les situations. Par exemple, les facteurs physiques d'une situation sont simples à délimiter dans le temps (*e.g.*, une rencontre sexuelle), en revanche il est plus difficile de délimiter l'espace et le temps dans lesquels certains facteurs socioculturels vont influencer une situation et les personnes impliquées (*e.g.*, normes sociales, règles).

La psychologie sociale de la situation développée par ces auteurs a plusieurs zones de congruence avec les approches psychosociales actuelles et spécifiquement avec l'approche des représentations sociales (Kalampalikis & Apostolidis, 2016), la lecture multi-niveaux (Doise, 1986) ou encore le regard psychosocial (Moscovici, 2014). Toutefois, il est possible d'enrichir ces approches en accordant une plus grande place à la prise en compte de la situation de façon globale et continue. Ces approches accordent une large part aux facteurs sociaux (normes sociales, appartenance groupale, identité sociale) et culturels qui interviennent dans la relation entre une personne/un groupe et un objet/un groupe donné. En revanche, moins de place est accordée aux facteurs physiques et matériels des situations dans lesquelles s'inscrivent les individu·e·s. Ces derniers peuvent activer des systèmes de normes ou représentations spécifiques au lieu et à la situation, diminuer l'influence de certaines normes sociales ou au contraire les renforcer. De plus, les caractéristiques des différentes situations ne sont pas exploitées en détails (type de situation : type/général, temporaire/précise ; situation de vie/situation momentanée etc.) ni envisagées comme étant continuum (Argyle et al., 1981; Magnusson, 1981).

2.4 Apport de l'accompagnement communautaire au champ de la prévention biomédicale du VIH

Les résultats des études qualitatives ont mis en avant les bénéfices de la composante communautaire de l'essai, tant pour les participants que pour les médecins. Elle aurait permis notamment d'améliorer la relation participant-médecin ainsi que l'adhésion des participants à la PrEP et à l'essai.

Les échanges entre les médecins et les AC ont d'une part, amené les médecins à faire évoluer leur posture durant les consultations et d'autre part, ils ont permis d'avoir un regard davantage personnalisé sur les participants. En effet, en fonction de l'interlocuteur·rice, les échanges avec les participants ne sont pas les mêmes. La mise en commun de ces différents échanges a été bénéfique pour l'accompagnement des participants. En ce sens, la présence des AC dans l'essai a été un support à la mise en œuvre d'une approche personnalisée et située de la prévention. La prévention biomédicale, à travers notamment la PrEP, remet en exergue les enjeux d'accès aux soins des populations clés ou à haut-risque d'infection du VIH. La stigmatisation réelle ou perçue tient des personnes éloignées des services médicaux, que ce soit pour le soin ou la prévention, et particulièrement les HSH (Auerbach et al., 2015; Kelly, Weiser, & Tsai, 2016; Knight, Small, & Shoveller, 2016; Liu et al., 2016; Mahajan et al., 2008; Okello et al., 2015; Thaker, Dutta, Nair, & Rao, 2018). Une étude qualitative auprès de ces derniers montre qu'un des leviers pour rapprocher les HSH des soins VIH serait qu'ils reçoivent un accompagnement et une orientation par un pair communautaire (Liu et al., 2016). Le *BCN Checkpoint*, un centre communautaire à destination des HSH à Barcelone, a principalement pour mission de pallier à ce fossé entre les HSH et le système de soin et de prévention VIH. Ce centre propose notamment des dépistages VIH et IST gratuit, du *counseling* communautaire et un accompagnement vers les services de soins pour les personnes diagnostiquées positives au VIH (Meulbroek et al., 2013). Entre 2009 et 2012, 90.5% des HSH diagnostiqués positifs au VIH ont été accompagnés pour leur prise en charge dans un service VIH et pour 85% d'entre eux dans un délai inférieur à 28 jours (Meulbroek et al., 2013). Ces résultats vont dans le même sens que les nôtres en montrant le rôle de médiateur que peuvent avoir les AC, à l'interface du système de soin et de la communauté, afin de faciliter les échanges entre ces derniers et l'intégration des HSH dans le système de soin.

Toutefois, la collaboration entre médecins et AC nécessite une forte relation de confiance afin de ne pas mettre en péril la relation que le participant a construite avec les AC. Plus spécifiquement, la littérature montre que la relation avec les AC est émotionnellement investie (Dennis, 2003). En effet, ils·elles représentent une ressource importante en cas de difficultés

ainsi que pour l'échange et le partage d'expériences (Wills & Shinar, 2000). Cette relation peut permettre de restaurer la confiance en soi et donner le sentiment d'être respecté et écouté, malgré les difficultés rencontrées (Cobb, 1976; Cronenwett, 1983; Dennis, 2003; Norbeck, Lindsey, & Carrieri, 1981). L'introduction des médecins dans ces échanges doit s'inscrire dans une perspective de confiance et de respect réciproque afin de ne pas nuire à la prise en charge. Par ailleurs, la prévention du VIH, voire la prise en charge dans certains contextes, tend à se démedicaliser afin d'en favoriser l'accès aux personnes éloignées ou mal à l'aise avec les professionnel·le·s de santé. Le premier exemple de démedicalisation en France est le dépistage communautaire, appelé Test Rapide d'Orientation Diagnostique (TROD) (Champenois et al., 2012; Lorente et al., 2013). Cette volonté de démedicaliser afin de mieux cibler les personnes exposées au VIH pourrait être étendue à d'autres situations. Le rôle des AC est donc potentiellement amené à évoluer pour prendre davantage de responsabilités dans la prévention du VIH. Dans ce contexte, une collaboration efficace avec les professionnel·le·s de santé est primordiale.

La force de l'accompagnement communautaire réside principalement dans l'alternative aux professionnel·le·s de santé qu'il représente pour l'accès aux soins et à la prévention. Dans le cadre du dépistage, cette alternative a permis d'atteindre les HSH les plus exposés au VIH et n'ayant jamais, ou très peu, eu recours au dépistage par le passé (Champenois et al., 2012; Lorente et al., 2013). Dans le cadre de la PrEP, il a également été montré que l'accompagnement communautaire est particulièrement pertinent pour les personnes qui rapportent des difficultés dans la relation avec leur médecin (Di Ciaccio et al., 2019). Les AC ont donc un véritable rôle à jouer auprès des personnes éloignées du système médical, que ce soit par crainte de la stigmatisation ou pour d'autres raisons, ainsi qu'auprès des personnes ayant du mal à aborder leur vie sexuelle avec leur médecin.

Au-delà de l'aspect non médical des AC, en appartenant aux mêmes communautés que les personnes accompagnées, ils·elles partagent des « univers d'opinions » (Moscovici, 1961) qui peuvent faciliter les échanges. La forte adhésion à l'accompagnement communautaire observée dans l'essai, et dans d'autres contextes, peut s'expliquer par les mécanismes liés à l'identité sociale et aux représentations sociales sous-jacentes. En effet, le sentiment d'identité est à la fois déterminé par le partage de représentations, « d'attributs fondamentaux » (Moscovici, 1961) entre les membres d'un groupe et à la fois, il favorise le développement de représentations communes au groupe concernant certains objets (Deschamps & Moliner, 2012). C'est dans ces zones de congruence intra-groupes que l'accompagnement communautaire forge sa spécificité et son apport au champ de la santé. Toutefois, cela comporte certaines limites. L'appartenance

affichée à certains groupes sociaux des AC favorise l'accès aux soins des personnes qui en sont éloignées ainsi que les échanges sur des sujets sensibles, mais cela peut également être un frein pour des membres de la communauté qui ne se reconnaissent pas ou ne s'identifient pas à ces groupes. Par exemple, dans le cadre de la prévention du VIH, les AC ont montré leur plus-value pour atteindre les HSH éloignés du soin et de la prévention et plus spécifiquement, dans le cadre de l'essai ANRS-IPERGAY, pour mobiliser les HSH à rentrer dans un essai clinique controversé et apporter un suivi communautaire favorisant l'adhésion à la PrEP et à l'essai. Les HSH concernés étaient, à des degrés différents, éloignés du système médical mais en revanche, ils étaient proches des sphères associatives militantes dans la lutte contre le VIH.

Dans cette situation les AC peuvent réellement être un lien entre la communauté et les professionnel·le·s de santé. En revanche, auprès de HSH éloignés de ces associations, les AC peuvent représenter un frein à l'adhésion car ces HSH pourraient ne pas se reconnaître dans les valeurs et les idées portées par des AC issu·e·s de groupes spécifiques de la communauté. Les HSH ne représentent pas un groupe en soi constitué, cette catégorisation émane d'une typologie construite par les chercheurs, sur la base de pratiques à risque identifiées au regard du VIH. Elle regroupe plusieurs groupes sociaux d'hommes *gay* ou bisexuel ayant un rapport plus ou moins distant avec les associations communautaires et la revendication de leur orientation sexuelle. Certains HSH peuvent également se percevoir hétérosexuels malgré des pratiques sexuelles avec des hommes. L'hétérogénéité des groupes sociaux auxquels les HSH peuvent appartenir et de leurs positions dans la société rend l'adhésion unanime à un seul type de support difficile, voire impossible. Il est probable que la recherche communautaire auprès des HSH de l'essai ANRS-IPERGAY ait aussi bien fonctionné car la communauté « HSH » de l'essai recouvrait une communauté socialement construite, compte-tenu de l'homogénéité des voies de recrutement (AIDES).

3. La place des personnes dans la prévention : peut-on parler de patient·e·s ?

La place des personnes en prévention est peu étudiée. Il n'existe d'ailleurs pas de terme pour les caractériser spécifiquement. A défaut, les personnes consultant des professionnel·le·s de santé dans une démarche de prévention sont également nommées des patient·e·s. Or, un·e patient·e est défini·e par le dictionnaire en ligne Larousse comme une personne soumise à un examen médical, subissant une intervention chirurgicale ou encore suivant un traitement. La racine latine du mot patient, *patiens* signifie « celui qui souffre » et renvoie plus spécifiquement à la fois, à la souffrance, à la passivité et à la résignation (Lebaigue, 1881). En ce sens, le terme patient renvoie à une posture de soumission et de passivité envers les médecins. Posture largement remise en question ces dernières décennies, y compris dans le champ de la maladie. D'une part, l'époque des maladies infectieuses et des épidémies a laissé la place au développement grandissant des maladies individuelles et chroniques (Adam & Herzlich, 2017). Dans ce contexte le vécu de la personne avec la maladie permet le développement de connaissances spécifiques sur celle-ci. D'autre part, l'accès à l'information médicale s'est démocratisé grâce à internet. De ce fait, les patient·e·s deviennent de plus en plus informé·e·s voire expert de leur maladie. Dans ce contexte, l'usage du mot patient·e, compte-tenu de sa signification historique, peut être remis en question. Dans le champ de la prévention, la littérature documente très peu l'utilisation du terme patient. Toutefois, la question mérite d'être soulevée, notamment avec la PrEP. La mobilisation civile des communautés concernées par le VIH a déjà apporté la conception des patients acteur·rice·s dans le système de soin (Jouet et al., 2010). Par ailleurs, l'évaluation de la PrEP en France s'est faite grâce à la mobilisation de la communauté HSH et de certaines associations. C'est notamment à la demande de l'association AIDES que la RTU a été initiée (Duhamel & Morelle, 2018). Par ailleurs, AIDES est également, ainsi que les prepeur·se·s actuel·le·s, très engagée dans la mise en œuvre de la PrEP en France depuis son autorisation (campagne de prévention, informations aux médecins généralistes etc). La spécificité de la PrEP, tant par son émergence que par sa mise en œuvre, illustre le cas de personnes engagées et actrices de leur trajectoire de prévention et de santé. En ce sens, pouvons-nous parler de patient·e ? Dans le rapport d'évaluation de la RTU, les auteurs évoquent que la *Court of Appeal* s'est prononcée en statuant que les usager·ère·s de la PrEP sont des personnes bénéficiaires d'un traitement, à l'instar de celles soignées pour une infection par le VIH, et qu'à ce titre ils·elles doivent être envisagé·e·s comme des patient·e·s malgré l'aspect préventif de la PrEP (Duhamel & Morelle, 2018). Toutefois, cette prise de position émane d'un point de vue juridique. En ce sens, le terme patient ne reflète pas l'engagement communautaire et social dont la PrEP fait l'objet. De plus, l'étude 4 de cette thèse a montré que le sentiment d'être relégué

au rang de patients peut être un frein à *l'empowerment*. En ce sens, le terme « d'actient » commence à être évoqué par des professionnel·le·s de santé ou des membres de la HAS pour illustrer l'implication et le rôle actif que les patient·e·s jouent ou devraient jouer dans leur trajectoire de santé (Thebaut, 2016). Comme le rappelle l'intervention du Dr Thebaut (2016), la HAS préconise vivement la mise en œuvre de la décision partagée entre les médecins et les patient·e·s, par l'amélioration notamment de l'information faites aux patient·e·s et la prise en compte de leurs préférences thérapeutiques dans le processus de décision médicale. Toutefois, il est estimé qu'environ 25% des patient·e·s en France et en Europe ne souhaitent pas être informés et préfèrent donc rester dans une relation de type paternaliste avec leurs médecins (Thebaut, 2016). Ce groupe non-négligeable de patient·e·s va à l'encontre des mouvements actuels de participation et de démocratie sanitaire, qui visent l'implication et l'autonomie des patient·e·s, et qui permettent de soulever des enjeux éthiques et épistémologique pour la psychologie de la santé. Le développement de l'autonomie répond-il à une demande sociale ou bien est-ce une nouvelle injonction du système de santé, visant à réduire les coûts du système de prise en charge des personnes ? Certains chercheur·e·s, principalement issu·e·s du courant de la psychologie critique, s'inquiètent de l'alliance de plus en plus importante entre la psychologie de la santé, à travers l'utilisation de son modèle biomédical de rééducation, et les restrictions budgétaires (Santiago-Delfosse & Chamberlain, 2008). Dans ce contexte, la psychologie de la santé est-elle au service des sujets ? Ou bien vient-elle soutenir les normes sociales et idéologiques en place, sans en questionner le sens pour les personnes ou interroger les conséquences psychique et sociale de cet individualisme (Santiago-Delfosse & Chamberlain, 2008) ?

4. L'approche critique en psychologie de la santé

La psychologie critique (PC) est un mouvement de pensées ré-émergent, visant à questionner les fondements éthiques et épistémologiques du courant dominant de la psychologie de la santé. Apparu à partir des années 1960 en Amérique du nord, ce mouvement s'est notamment développé pour dénoncer l'utilisation de méthodes et de pratiques issues des sciences naturelles pour étudier l'être humain (Fox, Sloan, & Austin, 2008). La PC a donc été fondée dans un souci de préserver la dignité humaine et d'éviter des méthodes de recherche perçues comme colonisatrices, individualistes et objectivantes (Fox et al., 2008). Elle représente une remise en question du courant épistémologique positiviste et quantitatif des débuts de la psychologie de la santé. Aujourd'hui, à ces préoccupations, s'ajoute un questionnement politique sur les enjeux

de la psychologie de la santé (Fox et al., 2008). En effet, l'approche critique actuelle vise à dépasser la seule remise en question du modèle dominant de la psychologie de la santé pour initier une nouvelle conception de la santé, de la maladie, et participer ainsi à une transformation sociale (Murray & Poland, 2006). Pour cela, la PC de la santé analyse la façon dont le pouvoir économique et les processus macro-sociaux influencent et structurent la santé, le soin, la psychologie de la santé et la société au sens large (Marks, 2002). La PC met donc en exergue le rôle de la culture et des structures sociétales dominantes sur la santé. Toutefois, son analyse des enjeux de pouvoir dans le champ de la santé peut s'appliquer tant au niveau micro, avec l'analyse des relations, qu'au niveau macro, avec l'analyse du contexte institutionnel et politique (Prilleltensky & Prilleltensky, 2003). D'après la PC, le pouvoir est la pierre angulaire de la santé. Que ce soit au niveau micro (relations personnelles et familiales), méso (*e.g.*, école, entreprise) ou encore macro (*e.g.*, communauté, société), les différences de pouvoir favorisent les puissants et discriminent les plus faibles (McCubbin, 2001; Prilleltensky & Prilleltensky, 2003). La santé peut donc être restaurée et maintenue à chacun de ces niveaux (Prilleltensky & Prilleltensky, 2003). La posture épistémologique de la PC est très éloignée du courant positiviste, puisqu'elle s'est construite en opposition à celui-ci. En revanche, elle est plus proche du courant constructionniste. En résumé, ce dernier étudie la façon de voir le monde des personnes dans un contexte social donné, mais étudie dans une moindre mesure le lien entre les comportements et les conditions matérielles et sociales. L'approche critique s'intéresse principalement à l'expérience de l'exclusion sociale, de la marginalisation et de la souffrance causées par celles-ci et les structures et processus sociaux inéquitables. Elle s'intéresse également à la façon dont les personnes donnent un sens aux structures qui les maintiennent à leur place (Murray & Poland, 2006). Le point commun entre l'approche constructionniste et l'approche critique concerne l'intérêt porté à l'individu·e dans sa singularité et sa subjectivité, l'expérience vécue et le sens donné aux objets. En revanche, la PC met en perspective ces questionnements avec les enjeux socio-politiques dans lesquels les personnes sont inscrites. Pour faire le lien avec l'explication multi-niveaux de Doise (1986), les niveaux positionnel et idéologique sont majeurs dans la lecture des situations.

La PC est un courant en construction, au sein duquel trois groupes de chercheur·e·s se dessinent (Santiago-Delfosse & Chamberlain, 2008). Bien que l'attachement à l'approche critique repose sur trois principaux points fondamentaux ; i) la conception de nouvelles méthodes de recherche empirique respectant les personnes interrogées dans le but de réduire les injustices et de favoriser un changement social, ii) démontrer scientifiquement les conséquences sociales néfastes des fondements idéologiques, empiriques et théoriques de l'approche positiviste et

individualiste et proposer des alternatives théoriques et méthodologiques qui tiennent compte de la complexité des vécus humains et iii) dénoncer le rôle d'expert autoproclamé et le pouvoir institutionnel d'une certaine forme de psychologie sur les personnes fragilisées (le plus souvent présentant des troubles mentaux et émotionnels) afin que la psychologie ne participe plus au processus croissant de normalisation de la société (Fox et al., 2008) ; il existe également des divergences quant aux orientations futures de la PC.

Pour certains, la PC doit collaborer avec les autres courants de la psychologie, y compris le modèle dominant positiviste. Pour ces chercheur·e·s, la direction prise par la psychologie de la santé à sa naissance a permis son développement et la reconnaissance de la profession, permettant ainsi l'introduction de la psychologie de la santé dans les structures de soin de façon durable ainsi qu'une meilleure collaboration avec la médecine que la psychologie dynamique (Nicholson, 2001; Santiago-Delfosse & Chamberlain, 2008). Pour d'autres, plus radicaux, il s'agit de défendre une psychologie engagée qui devrait être totalement refondée afin d'être au service des personnes vulnérables et porteuse de justice pour tous·tes (Santiago-Delfosse & Chamberlain, 2008). La psychologie de la santé devrait favoriser *l'empowerment* des groupes sociaux vulnérables et défavorisés par la mise en œuvre de recherche-action pluri-disciplinaire. L'objectif final étant de favoriser le changement social. Plus spécifiquement, dans ce courant de la PC, les chercheur·e·s seraient des chercheur·e·s-activistes engagé·e·s dans des actions morales et politiques (Murray & Poland, 2006). Enfin, un troisième type de chercheurs souligne que la PC ne peut pas uniquement être « critique » et s'interroge sur le caractère engagé et activiste (Flick, 2006; Santiago-Delfosse & Chamberlain, 2008; Stam, 2006). Cet engagement pour les populations vulnérables correspondrait davantage, selon elles-eux, à des idéologies éthiques et politiques qu'à des options intrinsèques à la psychologie (Santiago-Delfosse & Chamberlain, 2008).

En somme, les orientations possibles de la PC sont variées, mais il en ressort un fort intérêt pour la prise en compte de l'humain de façon respectueuse, par les méthodologies utilisées ou les objets de recherches en eux-mêmes.

Les enjeux autour de *l'empowerment*, de la recherche pluridisciplinaire et du changement social de la PC, font d'elle une approche tout à fait adaptée à la recherche communautaire. Cette dernière peut ainsi être un exemple de mise en œuvre de la PC pour favoriser la santé et *l'empowerment* des populations vulnérables ainsi que le changement social pour ces groupes. Dans le cadre de cette thèse, nous avons pu constater que la recherche communautaire ANRS-IPERGAY a eu des bénéfices tant au niveau individuel qu'au niveau collectif. D'une part l'adhésion et la satisfaction des participants vis-à-vis de l'essai étaient élevées, ce qui a conduit

à une bonne prise en main de la PrEP par ces derniers, ainsi qu'à la création d'un sentiment d'appartenance à la « communauté IPERGAY » ayant favorisé un sentiment *d'empowerment* chez les participants. Et d'autre part, suite à cet essai, une évolution sociétale a eu lieu puisque la PrEP est depuis autorisée en France pour les personnes à haut risque d'exposition au VIH. Grâce à cet essai et à la PrEP, la France se positionne dans l'accompagnement des comportements à risque, et non plus dans leur médicalisation afin d'intégrer les personnes concernées dans « la norme ».

5. Forces et limites de ce travail de thèse

Les cinq études présentées dans cette thèse comportent chacune des intérêts et des limites qui ont été mentionnés dans leurs discussions respectives. De manière plus générale, l'apport principal de ce travail réside dans l'utilisation de données longitudinales de 400 participants et dans l'explication multi-niveaux permise par l'utilisation de méthodes mixtes. Cette démarche a permis d'avoir, une vision d'ensemble des comportements sexuels, de la gestion du risque VIH et des déterminants psychosociaux relatifs à ces aspects, à la fois durant la phase aveugle et la phase ouverte. Par ailleurs, il est essentiel de replacer ces données socio-comportementales dans le contexte relationnel spécifique d'un essai en recherche communautaire.

D'un point de vue comportemental, il a été identifié plusieurs trajectoires de perception du risque, renvoyant à des comportements sexuels et préventifs spécifiques. De façon générale, les données quantitatives ont montré que les comportements sexuels et préventifs mis en œuvre sont davantage influencés par des facteurs contextuels et relationnels que par des déterminants personnels. Ces résultats constituent autant de pistes concrètes pour les futures actions de prévention auprès des HSH.

D'un point de vue relationnel, les données qualitatives ont montré la façon dont le contexte spécifique d'essai et de recherche communautaire dans le champ de la prévention du VIH a modelé la construction d'une relation participant-médecin partenariale et favorisé une collaboration bénéfique entre les médecins et les AC de l'essai.

Cette thèse présente néanmoins trois limites importantes à souligner. Premièrement, les données de cette thèse sont issues d'un essai clinique et communautaire, de ce fait, les résultats ne sont pas généralisables à l'ensemble de la population HSH hors essai en France. Deuxièmement, l'essai a mis en relation trois types d'acteur·rice·s, les participants, les médecins et les AC. Or, ces derniers·ières n'ont pas été interrogé·e·s. Le vécu de la collaboration avec les médecins ainsi que les bénéfices pour les participants ont été analysés uniquement du point de vue des médecins et des participants. La perspective des AC sur ces questions aurait permis un regard plus complet sur le contexte relationnel de l'essai, d'autant plus dans le cadre d'une recherche communautaire. Et troisièmement, une triangulation des données comportementales recueillies dans les questionnaires avec des données qualitatives aurait permis une compréhension plus fine des résultats grâce à la mise en sens des participants eux-mêmes quant à leur vécu de l'essai. Si l'on adopte une posture constructionniste, cette thèse présente donc quelques limites, en revanche, elle s'inscrit davantage dans l'approche critique. En effet, au-delà du contexte

favorable de recherche communautaire, cette thèse s'inscrit spécifiquement dans l'approche critique. Premièrement par les choix méthodologiques mis en place pour répondre au mieux aux questions de recherche, et deuxièmement par le choix même de ces questions de recherche. En effet, étudier la gestion du risque VIH des HSH considérés comme « à risque » dans un essai de PrEP, a permis de dépasser la conception individualisante de la prise de risque et de mettre en exergue le rôle du contexte sur celle-ci, que ce soit au niveau micro (contexte du rapport sexuel), méso (relation avec les médecins, les AC, le cadre de l'essai) et macro (accueil de l'essai et de la PrEP en France, place sociale accordée aux HSH, stigmatisme associé au VIH). De plus, l'articulation multi-niveaux des résultats montre une bonne adhésion à la PrEP et un potentiel *d'empowerment* important dans cette population. En ce sens, les résultats de cette thèse contribuent à « réhabiliter » l'image des HSH qui se caractérisent par une activité sexuelle avec plusieurs partenaires sexuels sans utilisation systématique du préservatif, image possiblement discriminée au sein de la population générale.

6. Perspectives et préconisations issues de nos résultats

Sur la base de l'ensemble de nos résultats, nous pouvons proposer des recommandations afin d'améliorer la prévention du VIH chez les HSH et des préconisations de recherche.

Dans un premier temps, il serait pertinent de vérifier nos résultats dans un contexte de vie réelle, notamment en termes de satisfaction liée à l'accompagnement communautaire. Cela permettrait d'étudier si ce type d'accompagnement est accepté et bénéfique dans le cadre d'un échantillon plus large d'HSH que celui recruté dans l'essai ANRS-IPERGAY, et ainsi, adapter l'accompagnement à la PrEP prévu par les recommandations officielles.

Par ailleurs, en termes d'actions de prévention, nos résultats montrent le besoin d'intégrer les enjeux liés au contexte. Nos résultats ont montré que l'adhésion à la PrEP variait en fonction de la perception du risque ; elle même influencée par le contexte de la relation (*e.g.*, lieu de rencontre) ; et du type de partenaire. Or, la majorité des interventions de counseling concernant la prévention du VIH se concentrent uniquement sur la réduction des comportements à risque (*e.g.*, nombre de partenaires sexuels, rapport anal réceptif) (Herbst et al., 2005). Les différents contextes dans lesquels ces comportements peuvent être mis en œuvre ne sont pas abordés. Alors que ces derniers peuvent influencer la perception du risque et la perception du partenaire. De plus, la psychologie sociale de la situation suggère de préparer davantage les personnes à gérer des situations plutôt que des comportements isolés (Argyle et al., 1981). En ce sens, l'une des façons de modifier les comportements est de modifier les situations plutôt que les personnes (Argyle et al., 1981).

De façon générale, les interventions de counseling devraient contribuer à déconstruire certaines représentations associées au contexte sexuel et au type de partenaire, deux facteurs dominant dans l'évaluation des risques (Morin & Apostolidis, 2002; Roberts, Oyun, Batnasan, & Laing, 2005; Sibthorpe, 1992). En effet, l'étude 5 a montré que le *TasP* n'était pas une stratégie de prévention acceptée par les HSH et qu'il était plus probable de se protéger par la PrEP ou le préservatif avec une personne séropositive avec une CV indétectable qu'avec un partenaire séronégatif. En termes de risque VIH, les recommandations de santé publique vont dans le sens inverse. La perception sociale et les représentations associées au VIH et aux personnes séropositives peuvent constituer des facteurs majeurs d'explication de ces comportements. D'où le besoin de déconstruire certaines représentations lors des actions de prévention.

Une attention particulière doit également être portée au profil spécifique des HSH qui perçoivent moins de risques lorsqu'ils consomment des drogues récréatives en contexte sexuel.

Ce résultat met en avant l'existence d'une frange de la population HSH qui a besoin de consommer pour avoir des rapports sexuels avec une crainte moindre du VIH. Ces derniers auraient peut-être besoin d'interventions quant à l'efficacité des outils de prévention du VIH et la façon de les utiliser/combiner afin de diminuer l'anxiété liée au VIH.

La prévention du VIH a donc besoin d'être personnalisée et contextualisée. Nos résultats suggèrent que ces interventions de prévention pourraient être conduites par des pairs communautaires, compte-tenu de leurs connaissances du milieu HSH et de leur posture d'écoute et d'accompagnement.

Enfin, concernant la mise en œuvre de la PrEP, l'adhésion au protocole de prévention peut positivement être influencée par l'accompagnement délivré avec celle-ci. D'une part, par la relation avec les médecins et d'autre part, par le counseling associé. Une formation spécifique à l'accueil des Preppeurs et à la posture d'accompagnement pourrait être dispensée aux médecins prescripteurs, notamment auprès de ceux qui ont peu d'expérience avec la population HSH ou ayant une attitude mitigée envers la PrEP et les stratégies de réduction des risques. Dans l'idéal, cette formation pourrait être conduite par des médecins expérimentés dans la prescription de la PrEP ou avec une ouverture aux stratégies de réduction des risques et à la PrEP.

Parallèlement à la finalisation de la rédaction de cette thèse, Santé Publique France (2019) a publié les chiffres récents concernant le taux de nouvelles infections VIH à Paris. Celui-ci a diminué de 28% dans la communauté HSH entre 2015 et 2018 alors que le nombre de nouvelles infections dans cette population était stable depuis plusieurs années. La PrEP et la mise sous traitement précoce (*TasP*) sont les principaux facteurs mis en avant pour expliquer cette diminution. Dans ce contexte, les enjeux autour de la mise en œuvre de la PrEP en France sont d'autant plus importants.

Bibliographie

- Abbas, U. L., Anderson, R. M., & Mellors, J. W. (2006). Potential Impact of Antiretroviral Therapy on HIV-1 Transmission and AIDS Mortality in Resource-Limited Settings: *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 41(5), 632-641. doi:10.1097/01.qai.0000194234.31078.bf
- Abrams, D., Wetherell, M., Cochran, S., Hogg, M., & Turner, J. (1990). Knowing what to think by knowing who you are : Self-categorization and the nature of norm formation, conformity and group polarization. *British Journal of Social Psychology*, (29), 97-119.
- Absil, G., Vandoorne, C., & Demarteau, M. (2012). *Bronfenbrenner, l'écologie du développement humain. Réflexion et action pour la Promotion de la santé*. Liège/Mons: Appui en Promotion et Education pour la Santé; Observatoire de la Santé du Hainaut.
- Acker, F. (2006). Les compétences des malades. *Recherche en soins infirmiers*, (87), 57-65. doi.org/10.3917/rsi.087.0057
- Adam, P., & Herzlich, C. (2017). *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris: Armand Colin.
- Agot, K., Taylor, D., Corneli, A. L., Wang, M., Ambia, J., Kashuba, A.D.M., ... Van Damme, L. (2015). Accuracy of Self-Report and Pill-Count Measures of Adherence in the FEM-PrEP Clinical Trial: Implications for Future HIV-Prevention Trials. *AIDS and Behavior*, 19(5), 743-751. doi:10.1007/s10461-014-0859-z
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. doi:10.1016/0749-5978(91)90020-T
- Akwara, P. A., Madise, N. J., & Hinde, A. (2003). Perception of risk of HIV/AIDS and sexual behaviour in Kenya. *Journal of Biosocial Science*, 35(3), 385-411. doi:10.1017/S0021932003003857

- Albarracín, D., Johnson, B. T., Fishbein, M., & Muellerleile, P. A. (2001). Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use : A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *127*(1), 142-161. doi:10.1037/0033-2909.127.1.142
- Alexander, J. A., Hearld, L. R., Mittler, J. N., & Harvey, J. (2012). Patient-Physician Role Relationships and Patient Activation among Individuals with Chronic Illness. *Health Services Research*, *47*(3pt1), 1201-1223. doi:10.1111/j.1475-6773.2011.01354.x
- Alhakami, A. S., & Slovic, P. (1994). A Psychological Study of the Inverse Relationship Between Perceived Risk and Perceived Benefit. *Risk Analysis*, *14*(6), 1085-1096. doi:10.1111/j.1539-6924.1994.tb00080.x
- Alonzo, A. A., & Reynolds, N. R. (1995). Stigma, HIV and AIDS : An exploration and elaboration of a stigma trajectory. *Social Science & Medicine*, *41*(3), 303-315. doi:10.1016/0277-9536(94)00384-6
- Amar, L., & Minvielle, É. (2000). L'action publique en faveur de l'utilisateur : De la dynamique institutionnelle aux pratiques quotidiennes de travail. *Sociologie du Travail*, *42*(1), 69-89. doi.org/10.1016/S0038-0296(00)00105-9
- Amico, K. R., Marcus, J. L., McMahan, V., Liu, A., Koester, K. A., Goicochea, P., ... Grant, R. (2014). Study Product Adherence Measurement in the iPrEx Placebo-Controlled Trial: Concordance With Drug Detection. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, *66*(5), 530-537. doi:10.1097/QAI.0000000000000216
- Apostolidis, T., & Dany, L. (2012). Pensée sociale et risques dans le domaine de la santé : Le regard des représentations sociales. *Psychologie Française*, *57*(2), 67-81. doi.org/10.1016/j.psfr.2012.03.003
- Apostolidis, T. (2000). Le rapport au sexuel et la « sémiotique » de l'amour : Marquage socioculturel et climats relationnels. *Journal des anthropologues*, (82-83), 339-356. doi.org/10.4000/jda.3419

- Apostolidis, T., & Dany, L. (2012). Représentations sociales et risques sanitaires : Perspectives sociocognitives. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, (Representações da saúde: abordagens contemporâneas), 35-50.
- Argyle, M., Furnham, A., & Graham, J. A. (1981). *Social situations*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Attia, S., Egger, M., Müller, M., Zwahlen, M., & Low, N. (2009). Sexual transmission of HIV according to viral load and antiretroviral therapy : Systematic review and meta-analysis: *AIDS*, 23(11), 1397-1404. doi:10.1097/QAD.0b013e32832b7dca
- Auerbach, J. D., & Hoppe, T. (2015). Beyond “getting drugs into bodies” : Social science perspectives on pre-exposure prophylaxis for HIV. *Journal of the International AIDS Society*, 18(4 (Suppl 3)). doi:10.7448/IAS.18.4.19983
- Auerbach, J. D., Kinsky, S., Brown, G., & Charles, V. (2015). Knowledge, Attitudes, and Likelihood of Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) Use Among US Women at Risk of Acquiring HIV. *AIDS Patient Care and STDs*, 29(2), 102-110. doi:10.1089/apc.2014.0142
- Bachler, L. (2009, mai). *L'individu et le pouvoir. Le concept de « bio-pouvoir » chez Michel Foucault*. Présenté à Miribel les Echelles. Miribel les Echelles.
- Baeten, J. M., Donnell, D., Ndase, P., Mugo, N. R., Campbell, J. D., Wangisi, J., ... Celum, C. (2012). Antiretroviral Prophylaxis for HIV Prevention in Heterosexual Men and Women. *New England Journal of Medicine*, 367(5), 399-410. doi:10.1056/NEJMoa1108524
- Bailey, A. C., Roberts, J., Weatherburn, P., Hickson, F. C. I., Reid, D. S., Fisher, M., & Dean, G. (2008). Community HIV testing for men who have sex with men : Results of a pilot project and comparison of service users with those testing in genitourinary medicine clinics. *Sexually Transmitted Infections*, 85(2), 145-147. doi:10.1136/sti.2008.032359

- Bailey, R. C., Moses, S., Parker, C. B., Agot, K., Maclean, I., Krieger, J. N., ... Ndinya-Achola, J. O. (2007). Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya : A randomised controlled trial. *The Lancet*, 369(9562), 643-656. doi:10.1016/S0140-6736(07)60312-2
- Balint, E. (1969). The possibilities of patient-centered medicine. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 17(82), 269-276.
- Bardin, L. (2016). *L'analyse de contenu*. Paris: PUF.
- Barré-Sinoussi, F. (2018). L'infection VIH/sida : L'histoire exemplaire d'une épidémie qui résiste. *médecine/sciences*, 34(6-7), 499-500. doi.org/10.1051/medsci/20183406001
- Barre-Sinoussi, F., Chermann, J., Rey, F., Nugeyre, M., Chamaret, S., Gruest, J., ... Montagnier, L. (1983). Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Science*, 220(4599), 868-871. doi:10.1126/science.6189183
- Barthassat, V., Calmy, A., Amati, F., Vincent-Suter, S., Schwarz, V., Hirschel, B., & Golay, A. (2009). Education thérapeutique en maladie infectieuse : L'exemple de l'infection à VIH. *Revue médicale suisse*, (5), 1027-1031.
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The Need to Belong : Desire for Interpersonal Attachments as a Fundamental Human Motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497-529.
- Beach, M. C., Keruly, J., & Moore, R. D. (2006). Is the quality of the patient-provider relationship associated with better adherence and health outcomes for patients with HIV? *Journal of General Internal Medicine*, 21(6), 661-665. doi:10.1111/j.1525-1497.2006.00399.x
- 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. doi:10.1016/j.socscimed.2012.11.033
- Berger, P., & Luckmann, T. (1966). *The social construction of reality*. New-York: Penguin group.
- Bessin, M. (2014). Présences sociales : Une approche phénoménologique des temporalités sexuées du care. *Temporalités*, (20). doi.org/10.4000/temporalites.2944
- Bhatta, D. N., & Liabsuetrakul, T. (2017). Efficacy of a Social Self-Value Empowerment Intervention to Improve Quality of Life of HIV Infected People Receiving Antiretroviral Treatment in Nepal : A Randomized Controlled Trial. *AIDS and Behavior*, 21(6), 1620-1631. doi:10.1007/s10461-016-1546-z
- Billioti De Gage, S., Aubrière, C., & Dray-Spira, R. (2018). *Suivi de l'utilisation de Truvada ou génériques pour une prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH Période du 01/01/2016 au 30/06/2018* (p. 1-21). Paris: ANSM.
- Bioy, A., & Bachelart, M. (2010). L'alliance thérapeutique : Historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives Psy*, 49(4), 317-326. doi.org/10.1051/ppsy/2010494317
- Bishop, F. L. (2015). Using mixed methods research designs in health psychology : An illustrated discussion from a pragmatist perspective. *British Journal of Health Psychology*, 20(1), 5-20. doi:10.1111/bjhp.12122
- Blanchard, A. K., Mohan, H. L., Shahmanesh, M., Prakash, R., Isac, S., Ramesh, B. M., ... Blanchard, J. F. (2013). Community mobilization, empowerment and HIV prevention among female sex workers in south India. *BMC Public Health*, 13(1). doi:10.1186/1471-2458-13-234
- Blanchet, A., Gotman, A., & Singly, F. de. (2014). *L'entretien*. Paris: Armand Colin.
- Blin, J.-F. (2010). *Représentations, pratiques et identités professionnelles*. Paris: L'Harmattan.

- Bonny, P., & Sauvagnat, F. (2013). Les prises de risque sexuel liées au VIH-sida chez les homosexuels masculins : Synthèse des recherches sociologiques et psychologiques, perspectives cliniques. *L'Évolution Psychiatrique*, 78(3), 425-449. doi.org/10.1016/j.evopsy.2013.02.007
- Boudier, F., Bensebaa, F., & Jablanczy, A. (2012). L'émergence du patient-expert : Une perturbation innovante. *Innovations*, 39(3), 13. doi.org/10.3917/inno.039.0013
- Breakwell, G. M. (2010). Models of risk construction : Some applications to climate change. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Climate Change*, 1(6), 857-870. doi:10.1002/wcc.74
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513-531. doi:10.1037/0003-066X.32.7.513
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development. Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Brooks, R. A., Lee, S.-J., Stover, G. N., & Barkley, T. W. (2009). Condom Attitudes, Perceived Vulnerability, and Sexual Risk Behaviors of Young Latino Male Urban Street Gang Members : Implications for HIV Prevention. *AIDS Education and Prevention*, 21(supplement b), 80-87. doi:10.1521/aeap.2009.21.5_sup.80
- Bruchon-Schweitzer, M. (2002). Un modèle intégratif en psychologie de la santé. In G-N. Fischer (Ed.). *Traité de psychologie de la santé* (p. 47-71). Paris: Dunod.
- Bruner, J. S. (2010). *Pourquoi nous racontons-nous des histoires ? : Le récit, au fondement de la culture et de l'identité*. Paris: Retz.
- Bryan, A. D., Aiken, L. S., & West, S. G. (1996). Increasing condom use : Evaluation of a theory-based intervention to prevent sexually transmitted diseases in young women. *Health Psychology*, 15(5), 371-382. doi:10.1037/0278-6133.15.5.371
- Bungener, M., Morin, M., & Souteyrand, Y. (2001). AVANT-PROPOS L'observance thérapeutique : Questions de recherche et interventions pragmatiques. In ANRS (ed.).

L'observance aux traitements contre le VIH/sida Mesure, déterminants, évolution.

Paris: ANRS Collection sciences sociales et sida.

- Bunnell, R., Ekwaru, J. P., Solberg, P., Wamai, N., Bikaako-Kajura, W., Were, W., ... Mermin, J. (2006). Changes in sexual behavior and risk of HIV transmission after antiretroviral therapy and prevention interventions in rural Uganda: *AIDS*, 20(1), 85-92. doi:10.1097/01.aids.0000196566.40702.28
- Bureau, È. (2013). L'hôpital comme espace de circulation d'une norme globalisée: La participation des patients dans les services de lutte contre le sida au Cambodge. *Anthropologie et Sociétés*, 37(3), 99. doi.org/10.7202/1024081ar
- Bush, S., Magnuson, D., Rawlings, M. K., Hawkins, T., McCallister, S., & Mera Giler, R. (2016). *Racial characteristics of FTC/TDF for Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) users in the US*. Présenté à ASM Microbe 2016. Boston, USA.
- Calabrese, S. K., Reisen, C. A., Zea, M. C., Poppen, P. J., & Bianchi, F. T. (2012). The Pleasure Principle: The Effect of Perceived Pleasure Loss Associated with Condoms on Unprotected Anal Intercourse Among Immigrant Latino Men Who Have Sex with Men. *AIDS Patient Care and STDs*, 120604112553006. doi:10.1089/apc.2011.0428
- Calabrese, S. K., & Underhill, K. (2015). How Stigma Surrounding the Use of HIV Preexposure Prophylaxis Undermines Prevention and Pleasure: A Call to Destigmatize "Truvada Whores". *American Journal of Public Health*, 105(10), 1960-1964. doi:10.2105/AJPH.2015.302816
- Calvez, M. (2001). Le risque comme ressource culturelle dans la prévention du SIDA. In J-P, Dozon., Fassin, D (Eds.). *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique* (p. 127-144). Paris, France: Balland.
- Calvez, M. (2004). *La prévention du sida : Les sciences sociales et la définition des risques*. Rennes: PUR.

- Campbell, C., Foulis, C. A., Maimane, S., & Sibiya, Z. (2005). The impact of social environments on the effectiveness of youth HIV prevention : A South African case study. *AIDS Care*, *17*(4), 471-478. doi:10.1080/09540120412331319705
- Campbell, Catherine, & MacPhail, C. (2002). Peer education, gender and the development of critical consciousness : Participatory HIV prevention by South African youth. *Social Science & Medicine*, *55*(2), 331-345. doi:10.1016/S0277-9536(01)00289-1
- Carman, K. L., Dardess, P., Maurer, M., Sofaer, S., Adams, K., Bechtel, C., & Sweeney, J. (2013). Patient And Family Engagement : A Framework For Understanding The Elements And Developing Interventions And Policies. *Health Affairs*, *32*(2), 223-231. doi:10.1377/hlthaff.2012.1133
- Cassell, M. M. (2006). Risk compensation : The Achilles' heel of innovations in HIV prevention? *BMJ*, *332*(7541), 605-607. doi:10.1136/bmj.332.7541.605
- Catania, J. A., Coates, T. J., & Kegeles, S. (1994). A test of the AIDS Risk Reduction Model : Psychosocial correlates of condom use in the AMEN cohort survey. *Health Psychology*, *13*(6), 548-555. doi:10.1037/0278-6133.13.6.548
- Cazein, F., Lot, F., Pillonel, J., Le Strat, Y., Sommen, C., Pinget, R., ... Semaille, C. (2014). *Découvertes de séropositivité VIH et sida en France, 2003-2012*. (9-10), 154-162.
- Chamberlain, K. (2009). Situer le social dans la psychologie de la santé : Réflexions critiques. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, Numéro 82(2), 7. doi.org/10.3917/cips.082.0007
- Champenois, K., Le Gall, J.-M., Jacquemin, C., Jean, S., Martin, C., Rios, L., ... Yazdanpanah, Y. (2012). ANRS-COM'TEST : Description of a community-based HIV testing intervention in non-medical settings for men who have sex with men. *BMJ Open*, *2*(2), e000693. doi:10.1136/bmjopen-2011-000693

- Charmillot, M., & Dayer, C. (2007). Démarche compréhensive et méthodes qualitatives : Clarifications épistémologiques. *Recherches qualitatives*, 126-139 (hors série vol 3).
- Chesney, M. A., Morin, M., & Sherr, L. (2000). Adherence to HIV combination therapy. *Social Science & Medicine*, 50(11), 1599-1605. doi:10.1016/S0277-9536(99)00468-2
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress: *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314. doi:10.1097/00006842-197609000-00003
- Collin, J., & David, P.-M. (Éd.). (2016). *Vers une pharmaceuticalisation de la société? Le médicament comme objet social*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Collins, K. M. T., Onwuegbuzie, A. J., & Jiao, Q. G. (2007). A Mixed Methods Investigation of Mixed Methods Sampling Designs in Social and Health Science Research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(3), 267-294. doi:10.1177/1558689807299526
- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual review of sociology*, 18, 209-232.
- Corneli, A., Perry, B., Agot, K., Ahmed, K., Malamatscho, F., & Van Damme, L. (2015). Facilitators of Adherence to the Study Pill in the FEM-PrEP Clinical Trial. *PLOS ONE*, 10(4), e0125458. doi:10.1371/journal.pone.0125458
- Corneli, A., Wang, M., Agot, K., Ahmed, K., Lombaard, J., & Van Damme, L. (2014). Perception of HIV Risk and Adherence to a Daily, Investigational Pill for HIV Prevention in FEM-PrEP: *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 67(5), 555-563. doi:10.1097/QAI.0000000000000362
- Cornelius, T., & Kershaw, T. (2017). Perception of partner sexual history : Effects on safe-sex intentions. *Health Psychology*, 36(7), 704-712. doi:10.1037/hea0000474
- Coutant, P. (2019). Des formes de pouvoir chez Foucault, et notamment du bio-pouvoir. consulté sur <http://libertaire.free.fr/SanstitreFoucault.html>.
- Creswell, J. (2003). *Research design : Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. London: SAGE.

- Cronenwett, L. R. (1983). When and how people help: theoretical issues and evidence. *Advances in nursing theory development*, 251-270.
- Crosby, R., Yarber, W. L., Sanders, S. A., & Graham, C. A. (2005). Condom Discomfort and Associated Problems With Their Use Among University Students. *Journal of American College Health*, 54(3), 143-147. doi:10.3200/JACH.54.3.143-148
- Dany, L. (2015). La prévention entre continuité et changements: réflexions psychosociales. In M.Saint-Jean, N. Péoc'h & B. Bastiani (Eds.). *Accompagner le changement dans le champ de la santé* (p. 9-22). Paris: De Boeck-Estem.
- Dany, Lionel. (2013). *Approche psychosociale des situations de santé et de maladie*. (Habilitation à Diriger les Recherches, Université d'Aix-Marseille. Université d'Aix-Marseille, France).
- Das, M., Chu, P. L., Santos, G.-M., Scheer, S., Vittinghoff, E., McFarland, W., & Colfax, G. N. (2010). Decreases in Community Viral Load Are Accompanied by Reductions in New HIV Infections in San Francisco. *PLoS ONE*, 5(6), e11068. doi:10.1371/journal.pone.0011068
- Davis-Michaud, M., Yurk, R., Lansky, D., Asch, S., & Wu, A. W. (2004). Quality Care for People with HIV/AIDS : Patients' Perspectives. *HIV Clinical Trials*, 5(6), 406-415. doi:10.1310/GQ98-PGK7-0T97-47XH
- de Haes, H., & Bensing, J. (2009). Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 287-294. doi:10.1016/j.pec.2008.12.006
- de Singly, F. (2012). *L'enquête et ses méthodes : Le questionnaire*. Paris: Armand Colin.
- DeCharms, R. (1968). *Personal causation*. New-York: Academic Press.

- Deci, Edward L., Eghrari, H., Patrick, B. C., & Leone, D. R. (1994). Facilitating Internalization : The Self-Determination Theory Perspective. *Journal of Personality*, 62(1), 119-142. doi:10.1111/j.1467-6494.1994.tb00797.x
- Deci, E.L, & Ryan, R. M. (1975). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Dehlendorf, C., Krajewski, C., & Borrero, S. (2014). Contraceptive Counseling : Best Practices to Ensure Quality Communication and Enable Effective Contraceptive Use. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 57(4), 659-673. doi:10.1097/GRF.0000000000000059
- Dehlendorf, C., Levy, K., Kelley, A., Grumbach, K., & Steinauer, J. (2013). Women's preferences for contraceptive counseling and decision making. *Contraception*, 88(2), 250-256. doi:10.1016/j.contraception.2012.10.012
- Delaugerre, C., Gatey, C., & Molina, J. M. (2016). La prévention pré-exposition au VIH-1 par les antirétroviraux, la PrEP. *Virologie*, 20(3), 147-157. doi:10.1684/vir.2016.0658
- Demange, E., Henry, E., & Préau, M. (2012). *De la recherche en collaboration à la recherche communautaire. Un guide methodologiquees*. Paris; Anrs.
- Dennis, C.-L. (2003). Peer support within a health care context: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 40(3), 321-332. doi:10.1016/S0020-7489(02)00092-5
- Deschamps, J.-C., & Moliner, P. (2012). *L'identité en psychologie sociale : Des processus identitaires aux représentations sociales*. Paris: Armand Colin.
- Deschamps, J.-C., & Paez, D. (1999). L'identité en psychologie sociale : Processus cognitifs, facteurs relationnels et représentations sociales. In J-C. Deschamps, J-F. Morales, D. Paez, & S Worchel (EDs.). *L'identité sociale* (p. 13-18). Grenoble: PUG.

- Desclaux, A. (2003). Stigmatisation, discrimination : Que peut-on attendre d'une approche culturelle? In UNESCO (Ed.). *VIH/SIDA, stigmatisation et discrimination: une approche anthropologique*. (N° 20; p. 1-10). France: UNESCO.
- Di Ciaccio, M., Mimi, M., Sagaon-Teyssier, L., Rojas Castro, D., Morel, S., Assoumou, L., ... Spire, B. (2019, juillet). *Community-based counselling, a suitable complement to the patient-physician relationship for PrEP users who find it difficult to communicate with physicians : Results from the Prevenir study*. Papier présenté à la 14^{ème} conférence AIDSImpact, London, Royaume-Uni.
- Dilthey, W. (1985). *Poetry and experience*. Princeton: Princeton University Press.
- D'Ivernois, J.-F., & Gagnayre, R. (2001). Mettre en oeuvre l'éducation thérapeutique. *adsp*, (36).
- Doise, W. (1976). *L'articulation psychosociologique et les relations entre groupes*. Bruxelles: De Boeck.
- Doise, W. (1982). *L'explication en psychologie sociale*. Paris: PUF.
- Doise, W. (1984). Les relations entre groupes. In S. Moscovici (Ed.). *Psychologie sociale* (p. 253-279). Paris: PUF.
- Doise, W. (1986). *Levels of explanation in social psychology*. New York: Cambridge University Press.
- Dow, B. J., & Wood, J. T. (2014). Repeating History and Learning From It: What Can SlutWalks Teach Us About Feminism? *Women's Studies in Communication*, 37(1), 22-43. doi:10.1080/07491409.2013.867918
- Dubov, A., Galbo, P., Altice, F. L., & Fraenkel, L. (2018). Stigma and Shame Experiences by MSM Who Take PrEP for HIV Prevention : A Qualitative Study. *American Journal of Men's Health*, 12(6), 1843-1854. doi:10.1177/1557988318797437

- Duhamel, G., & Morelle, A. (2018). *Evaluation de la recommandation temporaire d'utilisation de TRUVADA® dans la prophylaxie pré-exposition de l'infection par le VIH : un enseignement pour la santé publique* (p. 1-166). Paris, France: Inspection générale des affaires sociales.
- Dures, E., Rumsey, N., Morris, M., & Gleeson, K. (2011). Mixed Methods in Health Psychology : Theoretical and Practical Considerations of the Third Paradigm. *Journal of Health Psychology, 16*(2), 332-341. doi:10.1177/1359105310377537
- Earnshaw, V. A., & Chaudoir, S. R. (2009). From Conceptualizing to Measuring HIV Stigma : A Review of HIV Stigma Mechanism Measures. *AIDS and Behavior, 13*(6), 1160-1177. doi:10.1007/s10461-009-9593-3
- Eaton, L. A., & Kalichman, S. (2007). Risk compensation in HIV prevention : Implications for vaccines, microbicides, and other biomedical HIV prevention technologies. *Current HIV/AIDS Reports, 4*(4), 165-172.
- Eaton, L. A., Kalichman, S. C., Price, D., Finneran, S., Allen, A., & Maksut, J. (2017). Stigma and Conspiracy Beliefs Related to Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) and Interest in Using PrEP Among Black and White Men and Transgender Women Who Have Sex with Men. *AIDS and Behavior, 21*(5), 1236-1246. doi:10.1007/s10461-017-1690-0
- Eisingerich, A. B., Wheelock, A., Gomez, G. B., Garnett, G. P., Dybul, M. R., & Piot, P. K. (2012). Attitudes and Acceptance of Oral and Parenteral HIV Preexposure Prophylaxis among Potential User Groups : A Multinational Study. *PLoS ONE, 7*(1), e28238. doi:10.1371/journal.pone.0028238
- Ekehammar, B. (1974). Interactionism in personality from a historical perspective. *Psychological Bulletin, 81*(12), 1026-1048. doi:10.1037/h0037457

- Ellen, J. M., Vittinghoff, E., Bolan, G., Boyer, C. B., & Padian, N. S. (1998). Individuals' perceptions about their sex partners' risk behaviors. *Journal of Sex Research, 35*(4), 328-332. doi:10.1080/00224499809551950
- Emanuel, E. J., & Emanuel, L. (1992). Four Models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA: The Journal of the American Medical Association, 267*(16), 2221. doi:10.1001/jama.1992.03480160079038
- Engel, G. (1980). The Clinical Application of the Biopsychosocial Model. *The American Journal of Psychiatry, 137*(5), 535-544.
- Fainzang, S. (2006). *La relation médecins-malades : Information et mensonge*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Festinger, L. (1954). A Theory of Social Comparison Processes. *Human Relations, 7*(2), 117-140. doi:10.1177/001872675400700202
- Fischer, G.N, & Tarquinio, C. (1999). Les aspects psychosociaux dans les méthodologies en psychologie de la santé. *Pratiques Psychologiques, 4*, 31-43.
- Fischer, G-N. (2002). *Traité de psychologie de la santé*. Paris: Dunod.
- Fischer, G-N, & Tarquinio, C. (2006). *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*. Paris: Dunod.
- Fischl, M. A., Richman, D. D., Grieco, M. H., Gottlieb, M. S., Volberding, P. A., Laskin, O. L., ... The AZT Collaborative Working Group. (1987). The Efficacy of Azidothymidine (AZT) in the Treatment of Patients with AIDS and AIDS-Related Complex. *New England Journal of Medicine, 317*(4), 185-191. doi:10.1056/NEJM198707233170401
- Fleming, P. J., Barrington, C., Pearce, L. D., Lerebours, L., Donastorg, Y., & Brito, M. O. (2017). "I Feel Like More of a Man" : A Mixed Methods Study of Masculinity, Sexual Performance, and Circumcision for HIV Prevention. *The Journal of Sex Research, 54*(1), 42-54. doi:10.1080/00224499.2015.1137539

- Flick, U. (2006). Paradigm Lost?: Reconsidering Health Psychology. *Journal of Health Psychology, 11*(3), 351-354. doi:10.1177/1359105306063302
- Florom-Smith, A. L., & De Santis, J. P. (2012). Exploring the Concept of HIV-Related Stigma : HIV-Related Stigma. *Nursing Forum, 47*(3), 153-165. doi:10.1111/j.1744-6198.2011.00235.x
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir : Naissance de la prison*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (1982). The Subject and Power. *Critical Inquiry, 8*(4), 777-795. doi:10.1086/448181
- Fox, D., Sloan, T., & Austin, S. (2008). Histoire et tendances de la psychologie critique en Amérique du Nord. *Psychologie Française, 53*(2), 157-171. doi.org/10.1016/j.psfr.2007.09.002
- Fox, J., & Fidler, S. (2010). Sexual transmission of HIV-1. *Antiviral Research, 85*(1), 276-285. doi:10.1016/j.antiviral.2009.10.012
- Gamarel, K. E., & Golub, S. A. (2015). Intimacy Motivations and Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) Adoption Intentions Among HIV-Negative Men Who Have Sex with Men (MSM) in Romantic Relationships. *Annals of Behavioral Medicine, 49*(2), 177-186. doi:10.1007/s12160-014-9646-3
- Gerhardt, U., & Kirchgässler, K. (1987). Analyse idéaltypique de carrières de patients. *Sciences sociales et santé, 5*(1), 41-91. doi.org/10.3406/sosan.1987.1051
- Gerrard, M., Gibbons, F. X., & Bushman, B. J. (1996). Relation between perceived vulnerability to HIV and precautionary sexual behavior. *Psychological Bulletin, 119*(3), 390-409. doi:10.1037/0033-2909.119.3.390
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1991). *Les enquêtes sociologiques : Théories et pratique*. Paris: Armand Colin.

- Girard, G. (2013). *Les homosexuels et le risque du sida : Individu, communauté et prévention*. Rennes: PUR.
- Girard, G. (2016a). « La pilule qui change tout ? » analyse des débats québécois autour de la prophylaxie préexposition du VIH. In J. Collin & P.M David (Eds.). *Vers une pharmaceuticalisation de la société* (p. 193-222). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Girard, G. (2016b). VIH/sida, l'épidémie qui a révolutionné la sexualité ? *Rhizome*, (60), 1-4.
- Godin, G. (2002). Le changement des comportements de santé. In G-N. Fischer (Ed.). *Traité de psychologie de la santé* (pp. 375-389). Paris: Dunod.
- Goffman, E. (2012). *Stigmate : Les usages sociaux des handicaps*. Paris: Les éditions de Minuit.
- Goffmann, E. (1974). *Les rites d'interaction*. Paris: Les éditions de Minuit.
- Gold, R. S., & Skinner, M. J. (1992). Situational factors and thought processes associated with unprotected intercourse in young gay men: *AIDS*, 6(9), 1021-1030. doi:10.1097/00002030-199209000-00017
- Golub, S. A. (2018). PrEP Stigma: Implicit and Explicit Drivers of Disparity. *Current HIV/AIDS Reports*, 15(2), 190-197. doi:10.1007/s11904-018-0385-0
- Golub, S. A., Gamarel, K. E., Rendina, H. J., Surace, A., & Lelutiu-Weinberger, C. L. (2013). From Efficacy to Effectiveness: Facilitators and Barriers to PrEP Acceptability and Motivations for Adherence Among MSM and Transgender Women in New York City. *AIDS Patient Care and STDs*, 27(4), 248-254. doi:10.1089/apc.2012.0419
- Golub, S. A., Starks, T. J., Payton, G., & Parsons, J. T. (2012). The Critical Role of Intimacy in the Sexual Risk Behaviors of Gay and Bisexual Men. *AIDS and Behavior*, 16(3), 626-632. doi:10.1007/s10461-011-9972-4
- Gordon, R. S. (1983). *An operational classification of disease prevention* (p 107-109). Washington, DC: Public Health Reports.

- Gottlieb, M. S., Schroff, R., Schanker, H. M., Weisman, J. D., Fan, P. T., Wolf, R. A., & Saxon, A. (1981). *Pneumocystis carinii* Pneumonia and Mucosal Candidiasis in Previously Healthy Homosexual Men : Evidence of a New Acquired Cellular Immunodeficiency. *New England Journal of Medicine*, 305(24), 1425-1431. doi:10.1056/NEJM198112103052401
- 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. *The Lancet*, 373(9657), 48-57. doi:10.1016/S0140-6736(08)61697-9
- Grant, R. M., Anderson, P. L., McMahan, V., Liu, A., Amico, K. R., Mehrotra, M., ... Glidden, D. V. (2014). Uptake of pre-exposure prophylaxis, sexual practices, and HIV incidence in men and transgender women who have sex with men : A cohort study. *The Lancet Infectious Diseases*, 14(9), 820-829. doi:10.1016/S1473-3099(14)70847-3
- Grant, R. M., Lama, J. R., Anderson, P. L., McMahan, V., Liu, A. Y., Vargas, L., ... Glidden, D. V. (2010). Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men. *New England Journal of Medicine*, 363(27), 2587-2599. doi:10.1056/NEJMoa1011205
- Gratiet-taicher, E. (2012, mars 26). *Ipergay, l'essai de prévention du sida qui fait polémique*. Consulté sur https://www.lemonde.fr/societe/article/2012/03/26/ipergay-l-essai-de-prevention-du-sida-qui-fait-polemique_1674408_3224.html
- Greene, G. J., Andrews, R., Kuper, L., & Mustanski, B. (2014). Intimacy, Monogamy, and Condom Problems Drive Unprotected Sex Among Young Men in Serious Relationships with Other Men : A Mixed Methods Dyadic Study. *Archives of Sexual Behavior*, 43(1), 73-87. doi:10.1007/s10508-013-0210-1

- Grimm, J., & Schwartz, J. (2018). "It's Like Birth Control for HIV": Communication and Stigma for Gay Men on PrEP. *Journal of Homosexuality*, 1-19. doi:10.1080/00918369.2018.1495978
- Guest, G., Shattuck, D., Johnson, L., Akumatey, B., Clarke, E. E. K., Chen, P.-L., & MacQueen, K. M. (2008). Changes in sexual risk behavior among participants in a PrEP HIV prevention trial. *Sexually Transmitted Diseases*, 35(12), 1002-1008.
- Haire, B. (2015). Preexposure prophylaxis-related stigma : Strategies to improve uptake and adherence – a narrative review. *HIV/AIDS - Research and Palliative Care*, 241. doi:10.2147/HIV.S72419
- Hammer, S. M., Squires, K. E., Hughes, M. D., Grimes, J. M., Demeter, L. M., Currier, J. S., ... Cook, J. C. (1997). A Controlled Trial of Two Nucleoside Analogues plus Indinavir in Persons with Human Immunodeficiency Virus Infection and CD4 Cell Counts of 200 per Cubic Millimeter or Less. *New England Journal of Medicine*, 337(11), 725-733. doi:10.1056/NEJM199709113371101
- Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2013). Stigma as a Fundamental Cause of Population Health Inequalities. *American Journal of Public Health*, 103(5), 813-821. doi:10.2105/AJPH.2012.301069
- Haute Autorité de Santé. (2017). *Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France* (p. 1-3). Paris, France: HAS.
- Haute Autorité de Santé. (2017). *La prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH par TRUVADA*. Paris, France: HAS.
- Haynes, R. (1979). Determinants of compliance : The disease and the mechanisms of treatment. In *Compliance in Health Care*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Heisler, M., Spencer, M., Forman, J., Robinson, C., Shultz, C., Palmisano, G., ... Kieffer, E. (2009). Participants' Assessments of the Effects of a Community Health Worker

- Intervention on Their Diabetes Self-Management and Interactions with Healthcare Providers. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(6), S270-S279. doi:10.1016/j.amepre.2009.08.016
- Herbst, J. H., Sherba, T., Crepaz, N., DeLuca, J., Zohrabyan, L., Stall, R., ... HIV/AIDS Prevention Research Synthesis Team. (2005). A Meta-Analytic Review of HIV Behavioral Interventions for Reducing Sexual Risk Behavior of Men Who Have Sex With Men. *J Acquir Immune Defic Syndr*, (39), 228-241.
- Herek, G. M. (2009). *Fight AIDS – Not People With AIDS!* Consulté à l'adresse www.AIDSstigma.net
- Herzlich, C. (1996). *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*. Paris: EHESS.
- Hewstone, M., & Jaspars, J. (1982). Intergroup relations and attribution processes. In H. Tajfel (Ed.). *Social identity and intergroup behaviour*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hoff, C. C., Campbell, C. K., Chakravarty, D., & Darbes, L. A. (2016). Relationship-Based Predictors of Sexual Risk for HIV Among MSM Couples : A Systematic Review of the Literature. *AIDS and Behavior*, 20(12), 2873-2892. doi:10.1007/s10461-016-1350-9
- Hogben, M., & Liddon, N. (2008). Disinhibition and risk compensation : Scope, definitions, and perspective. *Sexually Transmitted Diseases*, 35(12), 1009-1010. doi:10.1097/OLQ.0b013e31818eb752
- Hojilla, J. C., Koester, K. A., Cohen, S. E., Buchbinder, S., Ladzekpo, D., Matheson, T., & Liu, A. Y. (2016). Sexual Behavior, Risk Compensation, and HIV Prevention Strategies Among Participants in the San Francisco PrEP Demonstration Project : A Qualitative Analysis of Counseling Notes. *AIDS and Behavior*, 20(7), 1461-1469. doi:10.1007/s10461-015-1055-5

- Holmström, I., & Röing, M. (2010). The relation between patient-centeredness and patient empowerment : A discussion on concepts. *Patient Education and Counseling*, 79(2), 167-172. doi:10.1016/j.pec.2009.08.008
- Holt, M., Murphy, D., Callander, D., Ellard, J., Rosengarten, M., Kippax, S., & de Wit, J. (2013). HIV-Negative and HIV-Positive Gay Men's Attitudes to Medicines, HIV Treatments and Antiretroviral-based Prevention. *AIDS and Behavior*, 17(6), 2156-2161. doi:10.1007/s10461-012-0313-z
- Hoover, K. W., Butler, M., Workowski, K., Carpio, F., Follansbee, S., Gratz, B., ... Kent, C. K. (2010). STD Screening of HIV-Infected MSM in HIV Clinics: *Sexually Transmitted Diseases*, 37(12), 771-776. doi:10.1097/OLQ.0b013e3181e50058
- Huebner, D. M., Neilands, T. B., Rebchook, G. M., & Kegeles, S. M. (2011). Sorting through chickens and eggs : A longitudinal examination of the associations between attitudes, norms, and sexual risk behavior. *Health Psychology*, 30(1), 110-118. doi:10.1037/a0021973
- Husserl, E. (1913). *Ideas : General introduction to pure phenomenology*. New York: Routledge.
- Israel, B. A. (2005). *Methods in community-based participatory research for health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model : A Decade Later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47. doi:10.1177/109019818401100101
- Jean, K., Boily, M.-C., Danel, C., Moh, R., Badjé, A., Desgrées-du-Loû, A., ... Ouattara, E. (2016). What Level of Risk Compensation Would Offset the Preventive Effect of Early Antiretroviral Therapy? Simulations From the TEMPRANO Trial. *American Journal of Epidemiology*, 184(10), 755-760. doi:10.1093/aje/kww127

- Jeffery, R. W. (1989). Risk behaviors and health : Contrasting individual and population perspectives. *American Psychologist*, 44(9), 1194-1202. doi:10.1037/0003-066X.44.9.1194
- Jeffries, W. L., Marks, G., Lauby, J., Murrill, C. S., & Millett, G. A. (2013). Homophobia is Associated with Sexual Behavior that Increases Risk of Acquiring and Transmitting HIV Infection Among Black Men Who Have Sex with Men. *AIDS and Behavior*, 17(4), 1442-1453. doi:10.1007/s10461-012-0189-y
- Jodelet, D. (2013). La Rencontre des Savoirs. *Papers on Social Representations*, 22, 9.1-9.20.
- Jodelet, D. (1989). *Folies et représentations sociales*. Paris: PUF.
- Joffe, H., & Bettega, N. (2003). Social Representation of AIDS among Zambian Adolescents. *Journal of Health Psychology*, 8(5), 616-631. doi:10.1177/13591053030085011
- Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed Methods Research : A Research Paradigm Whose Time Has Come. *Educational Researcher*, 33(7), 14-26. doi:10.3102/0013189X033007014
- Johnson, W. D., Diaz, R. M., Flanders, W. D., Goodman, M., Hill, A. N., Holtgrave, D., ... McClellan, W. M. (2008). Behavioral interventions to reduce risk for sexual transmission of HIV among men who have sex with men. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD001230. doi:10.1002/14651858.CD001230.pub2
- Jones, B. L., & Nagin, D. S. (2007). Advances in Group-Based Trajectory Modeling and an SAS Procedure for Estimating Them. *Sociological Methods & Research*, 35(4), 542-571. doi:10.1177/0049124106292364
- Jones, B. L., Nagin, D. S., & Roeder, K. (2001). A SAS Procedure Based on Mixture Models for Estimating Developmental Trajectories. *Sociological Methods & Research*, 29(3), 374-393. doi:10.1177/0049124101029003005

- Jouet, E., Flora, L., & Las Vergnas, O. (2010). *Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients* (p. 13-94). Pratiques de Formation. France: Paris 8
- Kaba, R., & Sooriakumaran, P. (2007). The evolution of the doctor-patient relationship. *International Journal of Surgery*, 5(1), 57-65. doi:10.1016/j.ijssu.2006.01.005
- Kalampalikis, N., & Apostolidis, T. (2016). La perspective socio-génétique des représentations sociales. In G. Le Monaco, S. Delouvé & P. Rateau (Eds.). *Les représentations sociales*. (p. 69-85). Bruxelles: De Boeck.
- Kalichman, S. C., Cherry, C., Kalichman, M. O., Washington, C., Grebler, T., Hoyt, G., ... Welles, B. (2016). Sexual Behaviors and Transmission Risks Among People Living with HIV : Beliefs, Perceptions, and Challenges to Using Treatments as Prevention. *Archives of Sexual Behavior*, 45(6), 1421-1430. doi:10.1007/s10508-015-0559-4
- Kant, I. (1781). *Critique de la raison pure*. Paris: Flammarion.
- Kaplan, R. M. (2000). Two pathways to prevention. *American Psychologist*, 55(4), 382-396. doi:10.1037/0003-066X.55.4.382
- Karazivan, P., Dumez, V., Flora, L., Pomey, M.-P., Del Grande, C., Ghadiri, D. P., ... Lebel, P. (2015a). The Patient-as-Partner Approach in Health Care : A Conceptual Framework for a Necessary Transition. *Academic Medicine*, 90(4), 437-441. doi:10.1097/ACM.0000000000000603
- Karazivan, P., Dumez, V., Flora, L., Pomey, M.-P., Del Grande, C., Ghadiri, D. P., ... Lebel, P. (2015b). The Patient-as-Partner Approach in Health Care : A Conceptual Framework for a Necessary Transition. *Academic Medicine*, 90(4), 437-441. doi:10.1097/ACM.0000000000000603
- Kasperson, R. E., Renn, O., Slovic, P., Brown, H. S., Emel, J., Goble, R., ... Ratick, S. (1988). The Social Amplification of Risk : A Conceptual Framework. *Risk Analysis*, 8(2), 177-187. doi:10.1111/j.1539-6924.1988.tb01168.x

- Katz, I. T., Ryu, A. E., Onuegbu, A. G., Psaros, C., Weiser, S. D., Bangsberg, D. R., & Tsai, A. C. (2013). Impact of HIV-related stigma on treatment adherence : Systematic review and meta-synthesis. *Journal of the International AIDS Society*, *16*, 18640. doi:10.7448/IAS.16.3.18640
- Kebaabetswe, P. M., Stirratt, M. J., McLellan-Lemal, E., Henderson, F. L., Gray, S. C., Rose, C. E., ... Paxton, L. A. (2015). Factors Associated with Adherence and Concordance Between Measurement Strategies in an HIV Daily Oral Tenofovir/Emtricitibine as Pre-exposure Prophylaxis (Prep) Clinical Trial, Botswana, 2007–2010. *AIDS and Behavior*, *19*(5), 758-769. doi:10.1007/s10461-014-0891-z
- Kelly, J. A., Somlai, A. M., DiFranceisco, W. J., Otto-Salaj, L. L., McAuliffe, T. L., Hackl, K. L., ... Rompa, D. (2000). Bridging the gap between the science and service of HIV prevention : Transferring effective research-based HIV prevention interventions to community AIDS service providers. *American Journal of Public Health*, *90*(7), 1082-1088.
- Kelly, J. D., Weiser, S. D., & Tsai, A. C. (2016). Proximate Context of HIV Stigma and Its Association with HIV Testing in Sierra Leone : A Population-Based Study. *AIDS and Behavior*, *20*(1), 65-70. doi:10.1007/s10461-015-1035-9
- Kershaw, T. S., Ethier, K. A., Niccolai, L. M., Lewis, J. B., & Ickovics, J. R. (2003). Misperceived risk among female adolescents : Social and psychological factors associated with sexual risk accuracy. *Health Psychology*, *22*(5), 523-532. doi:10.1037/0278-6133.22.5.523
- Kmiec, R., & Roland-Lévy, C. (2014). Risque et construction sociale : Une approche interculturelle. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, Numéro 101(1), 69. doi.org/10.3917/cips.101.0069

- Knight, R., Small, W., & Shoveller, J. A. (2016). HIV stigma and the experiences of young men with voluntary and routine HIV testing. *Sociology of Health & Illness*, 38(1), 153-167. doi:10.1111/1467-9566.12345
- 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(5), 731-739. doi:10.1097/01.aids.0000216374.61442.55
- Koenig, L. J., Lyles, C., & Smith, D. K. (2013). Adherence to Antiretroviral Medications for HIV Pre-Exposure Prophylaxis: Lessons learned from trials and treatment studies. *American Journal of Preventive Medicine*, 44(1), S91-S98. doi:10.1016/j.amepre.2012.09.047
- Koleck, M., Préau, M., Dany, L., & Faury, S. (2017). Les enjeux de la recherche en psychologie de la santé. *Le Journal des psychologues*, 351(9), 19. doi.org/10.3917/jdp.351.0019
- Lafleur, I., Trottier, G., & Lindsay, J. (2003). La contribution des personnes vivant avec le VIH-sida au renouvellement de la prévention. *Service social*, 50(1), 280. doi.org/10.7202/010712ar
- Laguardia, J., & Ryan, R. (2000). *Buts personnels, besoins psychologiques fondamentaux et bien-être : Théorie de l'autodétermination et applications*. 21(2), 281-304.
- Laguette, V., & Préau, M. (2015). Stigmata de la maladie et divulgation du statut : Enjeux individuels et sociaux. *Carnets du GRePS*, (6), 31-36.
- Lamouroux, A., Magnan, A., & Vervloet, D. (2005). Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : De quoi parlons-nous ? *Revue des maladies respiratoires*, (22), 31-34.
- Latapie, H. (2017a, juin 30). AGIT PrEP : *le marketing PrEP en images*. Consulté à l'adresse <https://blogs.mediapart.fr/herve-latapie/blog/300617/agit-prep-le-marketing-prep-en-images>

- Latapie, H. (2017b, juillet 4). *IPERGAY un essai pas hyper convaincant (PrEP en questions 2)*. Consulté à l'adresse <https://blogs.mediapart.fr/herve-latapie/blog/040717/ipergay-un-essai-pas-hyper-convaincant-prep-en-questions-2>
- Laurens, S. (2006). Le regard psychosocial : L'autre en moi. Vers une psychologie sociale des prises de position. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale, Numéro 71(3)*, 55. doi.org/10.3917/cips.071.0055
- Le Breton, D. (2004). La dramaturgie sociale de Erving Goffman. In D. Breton (Ed.). *L'interactionnisme symbolique*. France: PUF.
- Lebaigue, C. (1881). *Dictionnaire Latin-Français*. Paris: Librairie Classique d'Eugène Belin.
- Le Breton, D. (2004). *L'interactionnisme symbolique*. Paris: PUF.
- Lert, F., & Pialoux, G. (2010). *MISSION RDRs Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST*. Rapport Réduction des risques sexuels, VIH&IST. Paris, France.
- Levy, J. A. (1993). The transmission of HIV and factors influencing progression to AIDS. *The American Journal of Medicine, 95(1)*, 86-100. doi:10.1016/0002-9343(93)90237-J
- Lewin, K. (1936). *Principles of topological psychology* (McGraw-Hill). New York: McGraw-Hill.
- Licata, L. (2007). La théorie de l'identité sociale et la théorie de l'auto-catégorisation : Le Soi, le groupe et le changement social. *Revue électronique de Psychologie Sociale, (1)*, 19-33.
- Liu, A., Cohen, S., Follansbee, S., Cohan, D., Weber, S., Sachdev, D., & Buchbinder, S. (2014). Early Experiences Implementing Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) for HIV Prevention in San Francisco. *PLoS Medicine, 11(3)*, e1001613. doi:10.1371/journal.pmed.1001613
- Liu, A. Y., Cohen, S. E., Vittinghoff, E., Anderson, P. L., Doblecki-Lewis, S., Bacon, O., ... Kolber, M. A. (2016). Preexposure Prophylaxis for HIV Infection Integrated With

- Municipal- and Community-Based Sexual Health Services. *JAMA Internal Medicine*, 176(1), 75. doi:10.1001/jamainternmed.2015.4683
- Liu, A. Y., Vittinghoff, E., Chillag, K., Mayer, K., Thompson, M., Grohskopf, L., ... Buchbinder, S. P. (2013). Sexual Risk Behavior Among HIV-Uninfected Men Who Have Sex With Men Participating in a Tenofovir Preexposure Prophylaxis Randomized Trial in the United States: *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 64(1), 87-94. doi:10.1097/QAI.0b013e31828f097a
- Liu, Y., Osborn, C. Y., Qian, H.-Z., Yin, L., Xiao, D., Ruan, Y., ... Amico, K. R. (2016). Barriers and Facilitators of Linkage to and Engagement in HIV Care Among HIV-Positive Men Who Have Sex with Men in China : A Qualitative Study. *AIDS Patient Care and STDs*, 30(2), 70-77. doi:10.1089/apc.2015.0296
- Lorente, N., Fernández-López, L., Fuertes, R., Rojas Castro, D., Pichon, F., Cigan, B., ... Casabona, J. (2016). COBA-Cohort : A prospective cohort of HIV-negative men who have sex with men, attending community-based HIV testing services in five European countries (a study protocol). *BMJ Open*, 6(7), e011314. doi:10.1136/bmjopen-2016-011314
- Lorente, N., Preau, M., Vernay-Vaisse, C., Mora, M., Blanche, J., Otis, J., ... ANRS-DRAG Study Group. (2013). Expanding Access to Non-Medicalized Community-Based Rapid Testing to Men Who Have Sex with Men : An Urgent HIV Prevention Intervention (The ANRS-DRAG Study). *PLoS ONE*, 8(4), e61225. doi:10.1371/journal.pone.0061225
- Lorente, N., Preau, M., Vernay-Vaisse, C., Mora, M., Blanche, J., Otis, J., ... Spire, B. (2013). Expanding Access to Non-Medicalized Community-Based Rapid Testing to Men Who Have Sex with Men : An Urgent HIV Prevention Intervention (The ANRS-DRAG Study). *PLOS ONE*, 8(4), e61225. doi:10.1371/journal.pone.0061225

- Lupton, D. (1999). *Risk and sociocultural theory : New directions and perspectives*. New York: Cambridge University Press.
- Mabire, X., Puppo, C., Morel, S., Mora, M., Rojas Castro, D., Chas, J., ... Préau, M. (2019). Pleasure and PrEP: Pleasure-Seeking Plays a Role in Prevention and in Sexual Quality of Life, and Could Lead to PrEP Initiation. *American Journal of Men's Health, In Press*, 1-14.
- Macaluso, M., Demand, M. J., Artz, L. M., & Hook, E. W. (2000). Partner type and condom use. *AIDS (London, England)*, *14*(5), 537-546.
- Magnusson, D. (Éd.). (1981). *Toward a psychology of situations : An interactional perspective*. Hillsdale: L. Erlbaum Associates.
- Mahajan, A. P., Sayles, J. N., Patel, V. A., Remien, R. H., Sawires, S. R., Ortiz, D. J., ... Coates, T. J. (2008). Stigma in the HIV/AIDS epidemic : A review of the literature and recommendations for the way forward: *AIDS*, *22*(Suppl 2), S57-S65. doi:10.1097/01.aids.0000327438.13291.62
- Manseau-Young, M.-E. (2013). *Le Témoignage public des femmes vivant avec le VIH/SIDA au sein du projet VIHsibilité : Analyse féministe et Interactionniste d'une forme d'intervention sociale*. Mémoire, Université du Québec, Montréal.
- Marcus, J. L., Glidden, D. V., Mayer, K. H., Liu, A. Y., Buchbinder, S. P., Amico, K. R., ... Grant, R. M. (2013). No Evidence of Sexual Risk Compensation in the iPrEx Trial of Daily Oral HIV Preexposure Prophylaxis. *PLoS ONE*, *8*(12), e81997. doi:10.1371/journal.pone.0081997
- Marelich, W. D., & Murphy, D. A. (2003). Effects of empowerment among HIV-positive women on the patient-provider relationship. *AIDS Care*, *15*(4), 475-481.

- Marks, D. F. (2002). Freedom, Responsibility and Power : Contrasting Approaches to Health Psychology. *Journal of Health Psychology*, 7(1), 5-19. doi:10.1177/1359105302007001062
- Marks, R., Allegrante, J. P., & Lorig, K. (2005). A Review and Synthesis of Research Evidence for Self-Efficacy-Enhancing Interventions for Reducing Chronic Disability : Implications for Health Education Practice (Part I). *Health Promotion Practice*, 6(1), 37-43. doi:10.1177/1524839904266790
- Marsicano, E., Dray-Spira, R., Lert, F., Aubrière, C., Spire, B., Hamelin, C., & the ANRS-Vespa2 study group. (2014). Multiple discriminations experienced by people living with HIV in France : Results from the ANRS-Vespa2 study. *AIDS Care*, 26(sup1), S97-S106. doi:10.1080/09540121.2014.907385
- Martuzzi, M., Tickner, J. A., World Health Organization, & Regional Office for Europe. (2004). *The precautionary principle : Protecting public health, the environment and the future of our children*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Marty, L., Cazein, F., Panjo, H., Pillonel, J., Costagliola, D., Supervie, V., & the HERMETIC Study Group. (2018). Revealing geographical and population heterogeneity in HIV incidence, undiagnosed HIV prevalence and time to diagnosis to improve prevention and care : Estimates for France. *Journal of the International AIDS Society*, 21(3), e25100. doi.org/10.1002/jia2.25100
- Masson, E., & Haas, V. (2010). Dire et taire : L'intersubjectivité dans l'entretien de recherche. *Bulletin de psychologie*, Numéro 505(1), 5. doi.org/10.3917/bupsy.505.0005
- Mattson, C. L., Campbell, R. T., Bailey, R. C., Agot, K., Ndinya-Achola, J. O., & Moses, S. (2008). Risk Compensation Is Not Associated with Male Circumcision in Kisumu, Kenya : A Multi-Faceted Assessment of Men Enrolled in a Randomized Controlled Trial. *PLoS ONE*, 3(6), e2443. doi:10.1371/journal.pone.0002443

- Mayer, K. H. (2014). Do ask, do tell : Clinicians and the U.S. National AIDS strategy. *AIDS*, 28(8), 1233-1235. doi:10.1097/QAD.0000000000000274
- Mayer, K. H., Bush, T., Henry, K., Overton, E. T., Hammer, J., Richardson, J., ... Brooks, J. T. (2012). Ongoing Sexually Transmitted Disease Acquisition and Risk-Taking Behavior Among US HIV-Infected Patients in Primary Care : Implications for Prevention Interventions: *Sexually Transmitted Diseases*, 39(1), 1-7. doi:10.1097/OLQ.0b013e31823b1922
- McCormack, S., Dunn, D. T., Desai, M., Dolling, D. I., Gafos, M., Gilson, R., ... Gill, O. N. (2016). Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD) : Effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. *The Lancet*, 387(10013), 53-60. doi:10.1016/S0140-6736(15)00056-2
- McCubbin, M. (2001). Pathways to health, illness and well-being : From the perspective of power and control. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 11(2), 75-81. doi:10.1002/casp.622
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness : A conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51(7), 1087-1110. doi:10.1016/S0277-9536(00)00098-8
- Medley, A., Kennedy, C., O'Reilly, K., & Sweat, M. (2009). Effectiveness of Peer Education Interventions for HIV Prevention in Developing Countries : A Systematic Review and Meta-Analysis. *AIDS Education and Prevention*, 21(3), 181-206. doi:10.1521/aeap.2009.21.3.181
- Merlin, M. (2009). Foucault, le pouvoir et le problème du corps social. *Idées économiques et sociales*, (155), 51-59.

- Meulbroek, M., Ditzel, E., Saz, J., Taboada, H., Pérez, F., Pérez, A., ... Pujol, F. (2013). BCN Checkpoint, a community-based centre for men who have sex with men in Barcelona, Catalonia, Spain, shows high efficiency in HIV detection and linkage to care : Efficient HIV detection at BCN Checkpoint. *HIV Medicine*, *14*, 25-28. doi:10.1111/hiv.12054
- Mitchell, J. W., Lee, J.-Y., Woodyatt, C., Bauermeister, J., Sullivan, P., & Stephenson, R. (2016). HIV-negative male couples' attitudes about pre-exposure prophylaxis (PrEP) and using PrEP with a sexual agreement. *AIDS Care*, *28*(8), 994-999. doi:10.1080/09540121.2016.1168911
- Molina, J.-M., Capitant, C., Spire, B., Pialoux, G., Cotte, L., Charreau, I., ... Delfraissy, J.-F. (2015). On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection. *New England Journal of Medicine*, *373*(23), 2237-2246. doi:10.1056/NEJMoa1506273
- Molina, J.-M., Charreau, I., Spire, B., Cotte, L., Chas, J., Capitant, C., ... Rabian, C. (2017). Efficacy, safety, and effect on sexual behaviour of on-demand pre-exposure prophylaxis for HIV in men who have sex with men : An observational cohort study. *The Lancet HIV*, *4*(9), e402-e410. doi:10.1016/S2352-3018(17)30089-9
- Montaner, J. S., Lima, V. D., Barrios, R., Yip, B., Wood, E., Kerr, T., ... Kendall, P. (2010). Association of highly active antiretroviral therapy coverage, population viral load, and yearly new HIV diagnoses in British Columbia, Canada : A population-based study. *The Lancet*, *376*(9740), 532-539. doi:10.1016/S0140-6736(10)60936-1
- Monteiro, S. S., Villela, W. V., & Soares, P. S. (2013). The interaction between axes of inequality in studies on discrimination, stigma and HIV/AIDS : Contributions to the recent international literature. *Global Public Health*, *8*(5), 519-533. doi:10.1080/17441692.2013.779738
- Montero, M., & Diaz, M. (2007). Latin american community psychology : Development, implications, and challenges within a social change agenda. In S. Reich, M. Riemer, I.

- Prilleltensky, M. Montero (Eds.). *International Community Psychology* (p. 63-98). New York: Springer.
- Morin, M., Terrade, F., & Préau, M. (2012). Psychologie communautaire et psychologie de la santé : L'implication de la recherche psychosociale dans la promotion de la santé. *Psychologie Française*, 57(2), 111-118. doi.org/10.1016/j.psfr.2012.03.006
- Morin, M. (2001). De la recherche à l'intervention sur l'observance thérapeutique : Contributions et perspectives des sciences sociales. In ANRS (Ed.). *L'observance aux traitements contre le VIH/sida Mesure, déterminants, évolution*. Paris: ANRS Collection sciences sociales et sida.
- Morin, M (2002). Naissance et développements de la psychologie de la santé. *Sciences sociales et santé*, 20(4), 129-140. doi.org/10.3406/sosan.2002.1571
- Morin, M. (2004). *Parcours de santé*. Paris: Armand Colin.
- Morin, M, & Apostolidis, T. (2002). Contexte social et santé. In G-N. Fischer (Ed.). *Traité de psychologie de la santé*. Paris: Dunod.
- Morlat, P. (2018). *Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH Recommandations du groupe d'experts* (p. 1-46). Paris: CNS et ANRS.
- Morris, L. S., & Schulz, R. M. (1992). Patient compliance-an overview. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 17(5), 283-295. doi:10.1111/j.1365-2710.1992.tb01306.x
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: PUF.
- Moscovici, S. (2014). *Psychologie sociale*. Paris: Presses universitaires de France.
- Mugwanya, K. K., Donnell, D., Celum, C., Thomas, K. K., Ndase, P., Mugo, N., ... Baeten, J. M. (2013). Sexual behaviour of heterosexual men and women receiving antiretroviral pre-exposure prophylaxis for HIV prevention : A longitudinal analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, 13(12), 1021-1028. doi:10.1016/S1473-3099(13)70226-3

- Murray, M., & Poland, B. (2006). Health Psychology and Social Action. *Journal of Health Psychology, 11*(3), 379-384. doi:10.1177/1359105306063308
- Murri, R., Antinori, A., Ammassari, A., Nappa, S., Orofino, G., Abrescia, N., ... AdICoNA Study Group. (2002). Physician estimates of adherence and the patient-physician relationship as a setting to improve adherence to antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999), 31 Suppl 3*, S158-162.
- Myers, L. B., & Midence, K. (1998). *Adherence to treatment in medical conditions*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Nagin, D. (2005). Group-Based Modeling of Development. *Bibliovault OAI Repository, the University of Chicago Press*. doi:10.4159/9780674041318
- Nagin, D. S., & Odgers, C. L. (2010a). Group-Based Trajectory Modeling in Clinical Research. *Annual Review of Clinical Psychology, 6*(1), 109-138. doi:10.1146/annurev.clinpsy.121208.131413
- Nagin, D. S., & Odgers, C. L. (2010b). Group-Based Trajectory Modeling (Nearly) Two Decades Later. *Journal of Quantitative Criminology, 26*(4), 445-453. doi:10.1007/s10940-010-9113-7
- Nagin, D. S., & Tremblay, R. E. (2001). Analyzing developmental trajectories of distinct but related behaviors: A group-based method. *Psychological Methods, 6*(1), 18-34. doi:10.1037//1082-989X.6.1.18
- Nemcek, M. A., & Sabatier, R. (2003). State of Evaluation : Community Health Workers. *Public Health Nursing, 20*(4), 260-270. doi:10.1046/j.1525-1446.2003.20403.x
- Nicholson, P. (2001). Critical health psychology : A radical alternative to the mainstream? *Psychology, Health and Medicine, 6*(6), 256-265.

- Summary of Recent Information on AIDS. (1983). Current Trends — Prevention of Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) — Report of Inter-Agency Recommendations. *Journal of Histotechnology*, 6(4), 193-194. doi:10.1179/his.1983.6.4.193
- Norbeck, J. S., Lindsey, A. M., & Carrieri, V. L. (1981). The Development of an Instrument to Measure Social Support: *Nursing Research*, 30(5), 264-269. doi:10.1097/00006199-198109000-00003
- Ogden, J. (2011). *Psychologie de la santé*. Bruxelles: De Boeck.
- Okello, E. S., Wagner, G. J., Ghosh-Dastidar, B., Garnett, J., Akena, D., Nakasujja, N., & Musisi, S. (2015). Depression, Internalized HIV Stigma and HIV Disclosure. *World Journal of AIDS*, 05(01), 30-40. doi:10.4236/wja.2015.51004
- Oldenburg, C. E., Nunn, A. S., Montgomery, M., Almonte, A., Mena, L., Patel, R. R., ... Chan, P. A. (2018). Behavioral Changes Following Uptake of HIV Pre-exposure Prophylaxis Among Men Who Have Sex with Men in a Clinical Setting. *AIDS and Behavior*, 22(4), 1075-1079. doi:10.1007/s10461-017-1701-1
- ONUSIDA. (2014). *90-90-90 Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida* (p. 1-38). Geneva: ONUSIDA.
- ONUSIDA. (2015a). *Accélérer la prévention combinée afin de réduire les nouvelles infections par le VIH à moins de 500 000 d'ici à 2020*. Suisse: ONUSIDA
- ONUSIDA. (2015b). *Comment le SIDA a tout changé* (p. 1-548). Suisse: ONUSIDA.
- ONUSIDA. (2016). *Feuille de Route de la Prévention du VIH pour 2020 Accélérer la prévention du VIH en vue de réduire les nouvelles infections de 75%* (p. 1-36). Suisse: ONUSIDA.
- ONUSIDA. (2018). *Statistiques mondiales sur le VIH en 2017* (p. 1-6). Suisse: ONUSIDA.

- Otero-Sabogal, R., Arretz, D., Siebold, S., Hallen, E., Lee, R., Ketchel, A., ... Newman, J. (2010). Physician–community health worker partnering to support diabetes selfmanagement in primary care. *Quality in Primary Care*, (18), 363-372.
- Paicheler, G. (1997). Modèles pour l’analyse et la gestion des risques liés au VIH : Liens entre connaissances et actions. *Sciences sociales et santé*, 15(4), 39-71. doi.org/10.3406/sosan.1997.1411
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2013). *L’analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin.
- Parsons, J. T., Rendina, H. J., Lassiter, J. M., Whitfield, T. H. F., Starks, T. J., & Grov, C. (2017). Uptake of HIV Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) in a National Cohort of Gay and Bisexual Men in the United States: *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 74(3), 285-292. doi:10.1097/QAI.0000000000001251
- Parsons, T. (1951). Illness and the role of the physician : A sociological perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 21(3), 452-460. doi:10.1111/j.1939-0025.1951.tb00003.x
- Parsons, T. (1975). The Sick Role and the Role of the Physician Reconsidered. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 53(3), 257. doi:10.2307/3349493
- Peretti-Watel, P. (2010). *La société du risque*. Paris: La Découverte.
- Peigné, P. (2011). Chronos vs. Kairos, quand les temps de l’organisation s’affrontent au lieu de se compléter : Risques et paradoxes temporels du changement organisationnel. *Communiquer. Revue de communication sociale et publique*, (5), 1-22. doi.org/10.4000/communiquer.410
- Peretti-Watel, P., & Moatti, J.-P. (2009). *Le principe de prévention : Le culte de la santé et ses dérives*. Paris: Seuil, La République des idées.

- Peretti-Watel, P., Spire, B., Obadia, Y., Moatti, J.-P., & for the VESPA Group. (2007a). Discrimination against HIV-Infected People and the Spread of HIV : Some Evidence from France. *PLoS ONE*, 2(5), e411. doi:10.1371/journal.pone.0000411
- Peretti-Watel, P., Spire, B., Obadia, Y., Moatti, J.-P., & for the VESPA Group. (2007b). Discrimination against HIV-Infected People and the Spread of HIV : Some Evidence from France. *PLoS ONE*, 2(5), e411. doi:10.1371/journal.pone.0000411
- Perrotin, D. (2012, juillet 5). *Ipergay, l'essai médical hyper polémique contre le VIH*. Consulté à l'adresse <https://www.nouvelobs.com/rue89/rue89-nos-vies-connectees/20120705.RUE1038/ipergay-l-essai-medical-hyper-polemique-contre-le-vih.html>
- Pétre, B., Gagnayre, R., De Andrade, V., Ziegler, O., & Guillaume, M. (2017). From therapeutic patient education principles to educative attitude : The perceptions of health care professionals – a pragmatic approach for defining competencies and resources. *Patient Preference and Adherence, Volume 11*, 603-617. doi:10.2147/PPA.S121892
- Petrillo, G. (2000). *Santé et société : La santé et la maladie comme phénomènes sociaux*. Lausanne: Delachaux et Niestlé.
- Pierret, J. (1997). Un objet pour la sociologie de la maladie chronique : La situation de séropositivité au VIH ? *Sciences sociales et santé*, 15(4), 97-120. doi.org/10.3406/sosan.1997.1413
- Pomey, M.-P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M.-C., ... Jouet, E. (2015). Le « *Montreal model* » : Enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique, SI(HS)*, 41. doi.org/10.3917/spub.150.0041
- Preau, M., Leport, C., Salmon-eron, D., Carrieri, P., Portier, H., Chene, G., ... Group, the A. S. (2004). Health-related quality of life and patient-provider relationships in HIV-

- infected patients during the first three years after starting PI-containing antiretroviral treatment. *AIDS Care*, 16(5), 649-661. doi:10.1080/09540120410001716441
- Préau, M., Lorente, N., Sagaon-Teyssier, L., Champenois, K., Gall, J. M. L., Mabire, X., ... ANRS-DRAG group and ANRS COMTEST-GROUP. (2016). Factors associated with satisfaction with community-based non-medicalized counseling and testing using HIV rapid tests among MSM in France. *AIDS Care*, 28(10), 1240-1248. doi:10.1080/09540121.2016.1173636
- Preston, D. B., D'Augelli, A. R., Kassab, C. D., & Starks, M. T. (2007). The Relationship of Stigma to the Sexual Risk Behavior of Rural Men Who Have Sex with Men. *AIDS Education and Prevention*, 19(3), 218-230. doi:10.1521/aeap.2007.19.3.218
- Prilleltensky, I., & Prilleltensky, O. (2003). Towards a Critical Health Psychology Practice. *Journal of Health Psychology*, 8(2), 197-210. doi:10.1177/1359105303008002659
- Principes de Denver. (1985). *Principes de Denver*. Denver, USA: People With AIDS.
- Prochaska, J. O., Redding, C. A., & Evers, K. E. (2015). The transtheoretical model and stages of change. In K-G. Barbara, K. Rimer & K. Viswanath (Eds.). *Health behavior and health education. Theory, Research, and Practice*. USA: Jossey-Bass.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38-48. doi:10.4278/0890-1171-12.1.38
- Psaros, C., Haberer, J. E., Katabira, E., Ronald, A., Tumwesigye, E., Campbell, J. D., ... Safren, S. A. (2014). An Intervention to Support HIV Preexposure Prophylaxis Adherence in HIV-Serodiscordant Couples in Uganda: *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 66(5), 522-529. doi:10.1097/QAI.0000000000000212
- Puppo, C., Spire, B., Morel, S., Génin, M., Béniguel, L., Costagliola, D., ... Préau, M. (2019, juillet). *How PrEP users constitute a community in the MSM population through their*

- specific experience and management of stigmatization*. Papier présenté à la 14^{ème} conférence AIDSImpact, London, Royaume-Uni.
- Qiao, S., Zhou, G., & Li, X. (2018). Disclosure of Same-Sex Behaviors to Health-care Providers and Uptake of HIV Testing for Men Who Have Sex With Men : A Systematic Review. *American Journal of Men's Health*, 12(5), 1197-1214. doi:10.1177/1557988318784149
- Quinn, T. C., Wawer, M. J., Sewankambo, N., Serwadda, D., Li, C., Wabwire-Mangen, F., ... Gray, R. H. (2000). Viral Load and Heterosexual Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1. *New England Journal of Medicine*, 342(13), 921-929. doi:10.1056/NEJM200003303421303
- Radley, A. (1994). *Making sense of illness*. London: SAGE.
- Reach, G. (2005). *Pourquoi se soigne-t-on? : Une esquisse philosophique de l'observance*. Latresne: Éditions Le Bord de l'eau.
- Renn, O., Burns, W. J., Kasperson, J. X., Kasperson, R. E., & Slovic, P. (1992). The Social Amplification of Risk : Theoretical Foundations and Empirical Applications. *Journal of Social Issues*, 48(4), 137-160. doi:10.1111/j.1540-4560.1992.tb01949.x
- Rifkin, S. (2003). *A Framework Linking Community Empowerment and Health Equity : It Is a Matter of CHOICE*. 21(3), 168-180.
- Roberts, A. B., Oyun, C., Batnasan, E., & Laing, L. (2005a). Exploring the social and cultural context of sexual health for young people in Mongolia : Implications for health promotion. *Social Science & Medicine*, 60(7), 1487-1498. doi:10.1016/j.socscimed.2004.08.012
- Roberts, K. J. (2002). Physician-Patient Relationships, Patient Satisfaction, and Antiretroviral Medication Adherence Among HIV-Infected Adults Attending a Public Health Clinic. *AIDS Patient Care and STDs*, 16(1), 43-50. doi:10.1089/108729102753429398

- Rogers, R. W. (1983). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. In J. Cacipoppo & R. Petty (Eds.). *Social psychology : A sourcebook*. (p. 153-176). New York: Guilford Press.
- Rojas Castro, D., Quatremere, G., Sagaon-Teyssier, L., Le Gall, J.-M., Preau, M., Suzan-Monti, M., & Spire, B. (2017). Informal pre-exposure prophylaxis use in France : Results from the Flash PrEP survey (2014). *HIV Medicine*, *18*(4), 308-310. doi:10.1111/hiv.12419
- Romano, J. L., & Hage, S. M. (2000). Prevention and Counseling Psychology : Revitalizing Commitments for the 21st Century. *The Counseling Psychologist*, *28*(6), 733-763. doi:10.1177/0011000000286001
- Roter, D. (2000). The enduring and evolving nature of the patient–physician relationship. *Patient Education and Counseling*, *39*(1), 5-15. doi:10.1016/S0738-3991(99)00086-5
- Roux, P., Debrus, M., Rojas Castro, D., Bladou, F., Suzan-Monti, M., Avril, E., & Carrieri, P. (2017). De la recherche communautaire à la transformation sociale : L'exemple du projet ANRS-AERLI sur l'accompagnement et l'éducation aux risques liés à l'injection. *Psychotropes*, *23*(2), 57. doi.org/10.3917/psyt.232.0057
- Ryan, R. M. (1993). Agency and organization : Intrinsic motivation, autonomy and the self in psychological development. In J-E. Jacobs (Ed.). *Current theory and research in motivation. Nebraska symposium on motivation : Developmental perspectives on motivation* (Vol. 40). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Safren, S. A., Blashill, A. J., & O'Cleirigh, C. M. (2011). Promoting the Sexual Health of MSM in the Context of Comorbid Mental Health Problems. *AIDS and Behavior*, *15*(S1), 30-34. doi:10.1007/s10461-011-9898-x
- Safren, S. A., Reisner, S. L., Herrick, A., Mimiaga, M. J., & Stall, R. D. (2010). Mental Health and HIV Risk in Men Who Have Sex With Men: *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, *55*, S74-S77. doi:10.1097/QAI.0b013e3181fbc939

- Sagaon-Teyssier, L., Mabire, X., Laguette, V., Fressard, L., Suzan-Monti, M., Rojas Castro, D., ... ANRS IPERGAY Study Group. (2018). A Group-Based Trajectory Model for Changes in Pre-Exposure Prophylaxis and Condom Use Among Men Who Have Sex with Men Participating in the ANRS IPERGAY Trial. *AIDS Patient Care and STDs*, 32(12), 495-510. doi:10.1089/apc.2018.0081
- Sagaon-Teyssier, L., Suzan-Monti, M., Demoulin, B., Capitant, C., Lorente, N., Préau, M., ... for the ANRS IPERGAY Study Group. (2016). Uptake of PrEP and condom and sexual risk behavior among MSM during the ANRS IPERGAY trial. *AIDS Care*, 28(sup1), 48-55. doi:10.1080/09540121.2016.1146653
- Saïas, T. (2009). Cadre et concepts-clés de la psychologie communautaire. *Pratiques Psychologiques*, 15(1), 7-16. doi.org/10.1016/j.prps.2008.03.005
- Sanders, S. A., Yarber, W. L., Kaufman, E. L., Crosby, R. A., Graham, C. A., & Milhausen, R. R. (2012). Condom use errors and problems : A global view. *Sexual Health*, 9(1), 81. doi:10.1071/SH11095
- Sandman, L., & Munthe, C. (2010). Shared Decision Making, Paternalism and Patient Choice. *Health Care Analysis*, 18(1), 60-84. doi:10.1007/s10728-008-0108-6
- Santé publique France. (2017). *Infection par le VIH et IST bactériennes Données épidémiologiques* (p. 1-9). Consulté à l'adresse <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Infection-par-le-VIH-et-les-IST-bacteriennes.-Point-epidemiologique-du-28-novembre-2017>
- Santiago-Delfosse, M., & Chamberlain, K. (2008). Évolution des idées en psychologie de la santé dans le monde anglo-saxon. De la psychologie de la santé (health psychology) à la psychologie critique de la santé (critical health psychology). *Psychologie Française*, 53(2), 195-210. doi.org/10.1016/j.psfr.2008.03.002

- Schilder, A. J., Kennedy, C., Goldstone, I. L., Ogden, R. D., Hogg, R. S., & O'Shaughnessy, M. V. (2001). "Being dealt with as a whole person." Care seeking and adherence : The benefits of culturally competent care. *Social Science & Medicine*, 52(11), 1643-1659. doi:10.1016/S0277-9536(00)00274-4
- Schneider, J., Kaplan, S. H., Greenfield, S., Li, W., & Wilson, I. B. (2004). Better physician-patient relationships are associated with higher reported adherence to antiretroviral therapy in patients with HIV infection. *Journal of General Internal Medicine*, 19(11), 1096-1103. doi:10.1111/j.1525-1497.2004.30418.x
- Schütz, A. (1987). *Le chercheur et le quotidien*. Paris: Klincksieck.
- Schwarzer, R., & Luszczynska, A. (2008). How to Overcome Health-Compromising Behaviors : The Health Action Process Approach. *European Psychologist*, 13(2), 141-151. doi:10.1027/1016-9040.13.2.141
- Semple, S. J., Patterson, T. L., & Grant, I. (2004). The context of sexual risk behavior among heterosexual methamphetamine users. *Addictive Behaviors*, 29(4), 807-810. doi:10.1016/j.addbeh.2004.02.013
- Sergeyev, B., Oparina, T., Rumyantseva, T. P., Volkanevskii, V. L., Broadhead, R. S., Heckathorn, D. D., & Madray, H. (1999). HIV Prevention in Yaroslavl, Russia : A Peer-Driven Intervention and Needle Exchange. *Journal of Drug Issues*, 29(4), 777-803. doi:10.1177/002204269902900403
- Sherif, M., & Sherif, C. W. (1979). Les relations intra et intergroupes, analyse expérimentale. In W. Doise (Ed.). *Expériences entre groupes* (Vol 19). Paris: Mouton.
- Shernoff, M. (2006). Negotiated Nonmonogamy and Male Couples. *Family Process*, 45(4), 407-418. doi:10.1111/j.1545-5300.2006.00179.x

- Sibthorpe, B. (1992). The Social Construction of Sexual Relationships as a Determinant of HIV Risk Perception and Condom Use among Injection Drug Users. *Medical Anthropology Quarterly*, 6(3), 255-270. doi:10.1525/maq.1992.6.3.02a00050
- Slovic, P., Finucane, M., Peters, E., & MacGregor, D. (2004). *Risk as Analysis and Risk as Feelings : Some Thoughts about Affect, Reason, Risk, and Rationality*. 24(2), 311-322.
- Spielberg, F., Levine, R. O., & Weaver, M. (2004). Self-testing for HIV : A new option for HIV prevention? *The Lancet Infectious Diseases*, 4(10), 640-646. doi:10.1016/S1473-3099(04)01150-8
- Spieldenner, A. (2016). PrEP Whores and HIV Prevention : The Queer Communication of HIV Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP). *Journal of Homosexuality*, 63(12), 1685-1697. doi:10.1080/00918369.2016.1158012
- Stall, R., Mills, T. C., Williamson, J., Hart, T., Greenwood, G., Paul, J., ... Catania, J. A. (2003). Association of Co-Occurring Psychosocial Health Problems and Increased Vulnerability to HIV/AIDS Among Urban Men Who Have Sex With Men. *American Journal of Public Health*, 93(6), 939-942. doi:10.2105/AJPH.93.6.939
- Stam, H. J. (2006). Physician, Heal Thyself : The Fate of the Professional cum Critic. *Journal of Health Psychology*, 11(3), 385-389. doi:10.1177/1359105306063309
- Stephenson, M. T., Hoyle, R. H., Palmgreen, P., & Slater, M. D. (2003). Brief measures of sensation seeking for screening and large-scale surveys. *Drug and Alcohol Dependence*, 72(3), 279-286. doi:10.1016/j.drugalcdep.2003.08.003
- Storholm, E. D., Volk, J. E., Marcus, J. L., Silverberg, M. J., & Satre, D. D. (2017). Risk Perception, Sexual Behaviors, and PrEP Adherence Among Substance-Using Men Who Have Sex with Men : A Qualitative Study. *Prevention Science*, 18(6), 737-747. doi:10.1007/s11121-017-0799-8

- Strauss, A. L., & Baszanger, I. (1992). *La trame de la négociation : Sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris: L'Harmattan.
- Sullivan, P. S., Salazar, L., Buchbinder, S., & Sanchez, T. H. (2009). Estimating the proportion of HIV transmissions from main sex partners among men who have sex with men in five US cities: *AIDS*, 23(9), 1153-1162. doi:10.1097/QAD.0b013e32832baa34
- Supervie, V., Marty, L., Lacombe, J.-M., Dray-Spira, R., & Costagliola, D. (2016a). Looking Beyond the Cascade of HIV Care to End the AIDS Epidemic : Estimation of the Time Interval From HIV Infection to Viral Suppression. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 73(3), 348-355. doi:10.1097/QAI.0000000000001120
- Supervie, V., Marty, L., Lacombe, J.-M., Dray-Spira, R., & Costagliola, D. (2016b). Looking Beyond the Cascade of HIV Care to End the AIDS Epidemic : Estimation of the Time Interval From HIV Infection to Viral Suppression. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 73(3), 348-355. doi:10.1097/QAI.0000000000001120
- Sutton, S. (1998). Predicting and Explaining Intentions and Behavior : How Well Are We Doing? *Journal of Applied Social Psychology*, 28(15), 1317-1338. doi:10.1111/j.1559-1816.1998.tb01679.x
- Tajfel, H. (1972). Social categorization. English manuscript of 'La catégorisation sociale'. In S. Moscovici (Ed.). *Introduction à la psychologie sociale* (Vol. 1, p. 272-302). Paris: Larousse.
- Tarquinio, C., & Tarquinio, M.-P. (2007). L'observance thérapeutique : Déterminants et modèles théoriques. *Pratiques Psychologiques*, 13(1), 1-19. doi.org/10.1016/j.prps.2006.09.005
- Taylor, S. W., Psaros, C., Pantalone, D. W., Tinsley, J., Elsesser, S. A., Mayer, K. H., & Safren, S. A. (2017). "Life-Steps" for PrEP Adherence : Demonstration of a CBT-Based Intervention to Increase Adherence to Preexposure Prophylaxis (PrEP) Medication

- Among Sexual-Minority Men at High Risk for HIV Acquisition. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24(1), 38-49. doi:10.1016/j.cbpra.2016.02.004
- Thaker, J., Dutta, M., Nair, V., & Rao, V. P. (2018). The Interplay between Stigma, Collective Efficacy, and Advocacy Communication among Men Who Have Sex with Men and Transgender Females. *Journal of Health Communication*, 23(7), 614-623. doi:10.1080/10810730.2018.1499833
- Thebaut, J.-F. (2016, novembre). « *L'actient* », *le patient, acteur de sa santé*. Papier présenté à la conférence Prévention et accompagnement à la santé : de la loi à l'action ! Paris, France.
- Tickner, J. A., Kriebel, D., & Wright, S. (2003). A compass for health : Rethinking precaution and its role in science and public health. *International Journal of Epidemiology*, 32(4), 489-492. doi:10.1093/ije/dyg186
- Tourette Turgis, C., & Rebillon, M. (2002). *Mettre en place une consultation d'observance aux traitements contre le VIH/sida. De la théorie à la pratique*. Bayeux: Comment dire.
- Trachman, M., & Girard, G. (2018). Targeting Fallible Men : Communication Strategies and Moral Issues in a Pre-exposure Prophylaxis Trial. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 79, S13-S19. doi:10.1097/QAI.0000000000001806
- UNAIDS. (2015). *2015 Progress report on the global plan: towards the elimination of new HIV infections among children and keeping their mothers alive* (p. 1-88). Suisse: UNAIDS.
- UNAIDS. (2016a). *Prevention Gap Report* (p. 1-286). Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS. (2016b). *Rapport sur le retard pris en matière de prévention* (p. 1-36). Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS. (2017). *UNAIDS data 2017* (p. 1-248). Suisse: UNAIDS.

- UNAIDS. (2018). *Miles to go closing gaps breaking barriers righting injustices* (p. 1-268). Suisse: UNAIDS.
- Underhill, K. (2015). Intimacy, Condom Use, and Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) Acceptability among Men Who Have Sex with Men (MSM) in Primary Partnerships : A Comment on Gamarel and Golub. *Annals of Behavioral Medicine*, 49(2), 151-153. doi:10.1007/s12160-014-9651-6
- Underhill, K., Morrow, K. M., Collieran, C., Holcomb, R., Calabrese, S. K., Operario, D., ... Mayer, K. H. (2015). A Qualitative Study of Medical Mistrust, Perceived Discrimination, and Risk Behavior Disclosure to Clinicians by U.S. Male Sex Workers and Other Men Who Have Sex with Men : Implications for Biomedical HIV Prevention. *Journal of Urban Health*, 92(4), 667-686. doi:10.1007/s11524-015-9961-4
- Van Howe, R. S., & Storms, M. R. (2011). How the circumcision solution in Africa will increase HIV infections. *Journal of Public Health in Africa*, 2(1). doi:10.4081/jphia.2011.e4
- Velter, A., & Bouyssou-Michel, A. (2004). *Relations stables et comportements sexuels à risque : Enquête Anrs presse gay 2004* (p. 1-17). Paris, France: ANRS.
- Vernazza, P., Hirshel, B., Bernasconi, E., & Flepp, M. (2008). Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. *Bulletin des médecins suisses*, 89(5).
- Volk, J. E., Marcus, J. L., Phengrasamy, T., Blechinger, D., Nguyen, D. P., Follansbee, S., & Hare, C. B. (2015). No New HIV Infections With Increasing Use of HIV Preexposure Prophylaxis in a Clinical Practice Setting. *Clinical Infectious Diseases*, 61(10), 1601-1603. doi:10.1093/cid/civ778

- Weinstein, N. D., & Sandman, P. M. (1992). A model of the precaution adoption process : Evidence from home radon testing. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association, 11*(3), 170-180.
- Weller, S. C., & Davis-Beaty, K. (2002). Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.CD003255
- Westercamp, M., Jaoko, W., Mehta, S., Abuor, P., Siambe, P., & Bailey, R. C. (2017). Changes in Male Circumcision Prevalence and Risk Compensation in the Kisumu, Kenya Population, 2008–2013: *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 74*(2), e30-e37. doi:10.1097/QAI.0000000000001180
- Wheelock, A., Eisingerich, A. B., Ananworanich, J., Gomez, G. B., Hallett, T. B., Dybul, M. R., & Piot, P. (2013). Are Thai MSM Willing to Take PrEP for HIV Prevention? An Analysis of Attitudes, Preferences and Acceptance. *PLoS ONE, 8*(1), e54288. doi:10.1371/journal.pone.0054288
- White, R. W. (1959). Motivation reconsidered : The concept of competence. *Psychological Review, 66*(5), 297-333. doi:10.1037/h0040934
- World Health Organization. Regional Office for Europe. (1998). *Therapeutic patient education: continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases: report of a WHO working group* (p. 73). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Wilde, G. J. S. (1998). Risk homeostasis theory : An overview. *Injury Prevention, 4*(2), 89-91. doi:10.1136/ip.4.2.89
- Williams, G. C., Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1998). Building health-care partnerships by supporting autonomy: Promoting maintained behavior change and positive health outcomes. *Partnerships in healthcare: Transforming relational process, 67-87*.

- Wills, T. A., & Shinar, O. (2000). Measuring Perceived and Received Social Support. In S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb (Éds.), *Social Support Measurement and Intervention* (p. 86-135). doi:10.1093/med:psych/9780195126709.003.0004
- Woodward, A., Howard, N., Kollie, S., Souare, Y., von Roenne, A., & Borchert, M. (2014). HIV knowledge, risk perception and avoidant behaviour change among Sierra Leonean refugees in Guinea. *International Journal of STD & AIDS*, 25(11), 817-826. doi:10.1177/0956462414521163
- World Health Organization. (2011). *Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender people. Recommendations for a public health approach* (p. 1-88). Genève: World Health Organization.
- World Health Organization. (2012). *Guidance on oral Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) for serodiscordant couples, men and transgender women who have sex with men at high risk of HIV: Recommendations for use in the context of demonstration projects*. Genève: World Health Organization.
- World Health Organization, World Health Organization, & Department of HIV/AIDS. (2010). *Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents : Recommendations for a public health approach*. Consulté à l'adresse <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK138540/>
- Zajonc, R. B. (1980). Feeling and thinking: Preferences need no inferences. *American Psychologist*, 35(2), 151-175. doi:10.1037/0003-066X.35.2.151
- Zeger, S. L., & Liang, K.-Y. (1986). Longitudinal Data Analysis for Discrete and Continuous Outcomes. *Biometrics*, 42(1), 121. doi:10.2307/2531248

Zou, G. (2004). A Modified Poisson Regression Approach to Prospective Studies with Binary Data. *American Journal of Epidemiology*, 159(7), 702–706.
<https://doi.org/10.1093/aje/kwh090>

Annexes

Annexe 1. Guide d'entretien semi-directif pour les entretiens individuels avec les médecins

Objectif : Explorer les logiques de prescription des médecins

Question inaugurale : Parlez-moi de votre expérience de prescription de la PrEP dans le cadre de l'essai IPERGAY

Relances :

- Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans cette prescription ?
 - o Que pensez-vous du fait de prescrire un traitement médical à des personnes séronégatives
 - o Que pensez-vous du fait de prescrire potentiellement un placebo ?
- Qu'avez-vous pensé de la relation « médecin-patient » dans ce contexte ?
- Selon vous, dans quelles situations et auprès de quelles populations la PrEP est-elle adaptée ?
- Quels sont, selon vous, les avantages et les inconvénients de la PrEP ?
- Quelles sont, selon vous, les caractéristiques/conditions (lieux de délivrance, type d'accompagnement, etc.) devant accompagner une bonne prescription de la PrEP ?
- Quelles préconisations concernant la prescription de la PrEP retirez-vous de votre participation à IPERGAY, autant pour les futurs prescripteurs que les usagers ?
- Comment envisagez-vous la prescription de la PrEP dans la « vraie vie » ?
 - o Allez-vous, vous-même ouvrir une consultation PrEP ? (explorer les raisons du choix)
- Comment en êtes-vous venu à travailler autour du VIH ?

Annexe 2. Questionnaires inclusion

Questionnaire IPERGAY (Inclusion)

Plan Général :

A - Profil sociodémographique

B - Vie Sociale

C - Consommations

D - Sexualité

1 - Partenaire principal

2 - Partenaires occasionnels

3 - Dernier rapport sexuel

E - L'essai IPERGAY

Date et heure recueillies lors du remplissage du questionnaire

Bonjour et bienvenue sur votre premier questionnaire en ligne,

La durée de ce questionnaire est d'environ 30 minutes.

Toutes vos réponses sont confidentielles et anonymes, et seule l'équipe de recherche y aura accès.

Attention, ne double-cliquez pas sur « suivant » car vous ne pourrez plus retourner à la page précédente.

L'équipe IPERGAY

A - Profil sociodémographique

Tout d'abord, faisons connaissance...

A1. Quelle est votre date de naissance ?

{Liste déroulante jour} {Liste déroulante mois} {Liste déroulante année} (Obligatoire)

A2. Où êtes-vous né ? [MANIF 2000]

France métropolitaine

DOM-TOM

Autre pays d'Europe

Afrique du Nord

Afrique Sub-saharienne

Asie

Autre

A3. Comment qualifieriez-vous l'environnement dans lequel vous vivez actuellement ?

[création]

Défavorisé

- Plutôt défavorisé.....
- Plutôt favorisé.....
- Favorisé.....

A4. Par rapport à vos principaux lieux de sortie (bars, discothèques, restaurants etc.), vous vous sentez :

- Très éloigné.....
- Plutôt éloigné.....
- Plutôt proche
- Très Proche.....

A5. Actuellement vous vivez ? [ANRS-cohorte]

- Dans un logement dont vous être propriétaire ou copropriétaire
- Dans un logement dont vous êtes locataire ou colocataire ou un logement de fonction
- Chez vos parents ou des membres de votre famille
- Chez votre partenaire
- Chez des amis
- Dans un foyer ou un centre d'hébergement (CHRS, foyer jeunes travailleurs, foyer de travailleurs immigrés, etc).....
- À l'hôtel
- Autres.....
- Sans domicile.....

A6. Diriez-vous que votre logement actuel est : [MANIF 2000]

A7.

- Très confortable
- Assez confortable.....
- Peu confortable
- Pas du tout confortable

A8. Actuellement dans ce logement : [ANRS-cohorte]

	Oui	Non
<i>Vous vivez avec un conjoint-e / compagnon-gne</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Vous vivez avec vos enfants ou ceux de votre conjoint-e / compagnon-gne</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Vous vivez avec d'autres personnes</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A9. Avez-vous déjà vécu en couple avec une femme ?

- Oui vous avez déjà vécu en couple avec une femme..... → A8.a)
- Oui vous vivez encore en couple avec une femme → A9
- Non vous n'avez jamais vécu en couple avec une femme → A9

A8.a) Depuis quand ne vivez-vous plus avec une femme ? (Au moins le mois et l'année)

{Liste déroulante jour} {Liste déroulante mois} {Liste déroulante année}

A10. Avez-vous des enfants ? [EPG 2011]

- Oui, mineur(s).....
- Oui, adulte(s).....
- Oui, les deux
- Non.....

A11. Quel est votre niveau d'étude ? [INSEE modif]

- Sans diplôme ou Brevet des collèges
- CAP ou BEP
- Baccalauréat général, technologique ou professionnel.....
- Diplômes du 1^{er} cycle universitaire (DUT, BTS, DEUG, licence etc.)
- Diplômes du 2^{ème} cycle universitaire (maîtrise, master 1)
- Diplômes du 3^{ème} cycle universitaire (DESS, DEA, master 2, doctorat) ou diplôme de grande école

A12. Etes-vous membre d'un (e) : [EPG 2011]

(Plusieurs réponses possibles)

- Parti ou association politique
- Syndicat
- Association religieuse
- Association sportive ou de loisir
- Association humanitaire.....
- Association LGBT
- Association de lutte contre le sida
- Autre
- Non, aucune association

Concernant votre situation professionnelle :

A13. Actuellement quelle est votre situation professionnelle ? [DRAG]

(Cochez toutes les réponses qui correspondent à votre situation)

A12.a) Vous travaillez et vous avez :

- Un emploi salarié stable (CDI, fonctionnaire, etc.).....
- Une profession indépendante (patron, profession libérale, commerçant, artisan, artiste, etc.)...

Un emploi peu stable (CDD, intérim, vacataire).....

Un travail non déclaré

A12.b) Et / ou :

Vous avez une allocation chômage

Vous êtes en congé de maladie depuis plus de 6 mois ou en invalidité.....

Vous êtes au foyer ou vous ne cherchez pas de travail

Vous êtes à la retraite ou en préretraite.....

Vous êtes étudiant.....

Autre situation. Précisez : _____

A12.c) Et / ou : vous vous considérez comme travailleur du sexe :

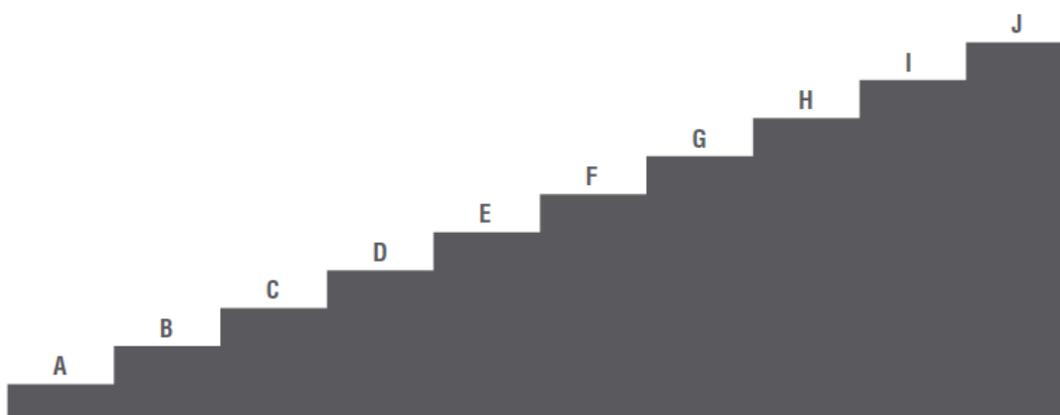
Non.....

Oui.....

A14. L'escalier ci-dessous représente la place occupée par les personnes dans la société.

[STRATALL]

- Au sommet de l'escalier (marche J), se situent les personnes qui ont la meilleure situation (ceux qui ont les revenus les plus élevés, le niveau d'études le plus élevé et le meilleur travail ; par exemple un PDG d'une grande entreprise).
- En bas de l'escalier (marche A) se trouvent les personnes qui sont dans la moins bonne situation (ceux qui ont les revenus les plus faibles, le moins bon niveau d'études et le plus mauvais travail ou pas de travail du tout ; par exemple un mendiant dans la rue).



Comment vous situez vous vous-même sur cet escalier ?

[_] (Donner la lettre correspondant à la marche sur laquelle vous vous situez. Une seule réponse possible.)

B - Vie Sociale

Continuons avec des questions sur votre vie sociale ...

B1. Vos amis sont : [EPG 2004]

- Majoritairement homosexuels
- Majoritairement hétérosexuels
- Parmi eux, il y a autant d'homosexuels que d'hétérosexuels
- Vous n'avez pas d'amis.....

B2. Actuellement vous vous définissez comme : [EPG 2004]

- Homosexuel / Gay.....
- Bisexuel.....
- Hétérosexuel
- Trans / transsexuel(le) / transgenre
- Autre, précisez : _____
- Vous refusez de vous définir par rapport à votre sexualité.....

B3. Avez-vous entamé ou terminé un parcours de transition pour changer de genre ?

[Giami modif]

- Oui.....
- Non.....

B4. (Si B3=1) Vous êtes :

- MtoF
- FtoM

B5. (Si B3=1) Actuellement vous vous présentez dans votre genre souhaité : [Giami]

- En toutes circonstances
- Partout ou souvent, mais jamais au travail
- Seulement au travail.....
- Seulement avec vos amis
- Seulement avec un partenaire sexuel ou votre conjoint
- Souvent, mais jamais avec votre conjoint.....
- Seulement chez vous, quand vous êtes seul.....

B6. Fréquentez-vous ces lieux gays : [EPG 2004]

	Régulièrement	Souvent	Parfois	Jamais
Saunas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sites de rencontre sur Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lieux extérieurs de drague	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Backrooms, sex club, vidéoclubs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bar ou club sans backroom

B7. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime de discrimination dans le « milieu gay » par rapport à votre apparence physique (comme votre poids, votre style de vie, votre âge ou votre manière d'être) ? [Création]

Souvent

Parfois

Rarement

Jamais

B8. Votre homosexualité/transsexualité (Si B3=1) est-elle connue et acceptée par : Si vous n'avez pas ou plus de mère, père etc., cochez la case « non concerné » (Plusieurs réponses possibles par ligne) [EPG 2004 modif]

	Non concerné	Inconnue	Connue	Acceptée*	Rejetée*
Votre père	<input type="checkbox"/>				
Votre mère	<input type="checkbox"/>				
Un frère ou une sœur	<input type="checkbox"/>				
Votre (vos) enfant (s)	<input type="checkbox"/>				
Votre voisinage	<input type="checkbox"/>				
Des collègues de travail	<input type="checkbox"/>				
La plupart de vos amis hétérosexuels	<input type="checkbox"/>				

* ces colonnes n'apparaissent que lorsque la modalité « connue » a été choisie

B9. Avez-vous été victime d'injures, dénigrements, mépris, harcèlement, moqueries, mises à l'écart en raison de votre orientation sexuelle ou de votre genre ? [EPG 2011]

	Oui, dans les 12 derniers mois	Oui, avant	Non
Sur votre lieu de travail ou d'études	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans votre voisinage ou dans l'espace public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans votre famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B10. Avez-vous été victime d'agressions physiques en raison de votre orientation sexuelle ou de votre genre ? [EPG 2011]

	Oui, dans les 12 derniers mois	Oui, avant	Non
Sur votre lieu de travail ou d'études	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans votre voisinage ou dans l'espace public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans votre famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les questions suivantes portent sur vos comportements liés à la recherche de sensations. Cochez les cases qui décrivent le mieux ce que vous avez ressenti et comment vous vous êtes comporté au cours des 6 derniers mois :

B11. [Sensation Seeking Scale]

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
<i>J'aimerais explorer des endroits étranges</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Je souhaiterais faire des choses « qui font peur »</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>J'aime les expériences nouvelles à sensations fortes, même si elles sont contraires aux règles</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Je préfère les amis qui sont surprenants et imprévisibles</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
<i>Vous arrive-t-il de faire des choses dangereuses juste pour vous amuser ?</i>	<input type="checkbox"/>				
<i>Vous arrive-t-il de faire des choses surprenantes même si elles sont dangereuses ?</i>	<input type="checkbox"/>				

C - Consommations

Et maintenant quelques questions sur vos consommations [ANRS-cohorte]

C1. Dans la dernière année, à quelle fréquence avez-vous consommé une boisson contenant de l'alcool ? [VESPA 1]

- Jamais*..... → C.4
- Une fois par mois ou moins souvent*
- 2 à 4 fois par mois*
- 2 à 3 fois par semaine*
- 4 à 6 fois par semaine*
- Tous les jours*.....

C2. Combien de verres contenant de l'alcool buvez-vous un jour typique où vous buvez ? [Vespa 2]

- 1 ou 2*
- 3 ou 4*
- 5 ou 6*
- 7, 8 ou 9*

10 ou plus

C3. Dans la dernière année, à quelle fréquence avez-vous bu 6 verres ou plus de boissons alcoolisées lors d'une même occasion (fête de famille, sorties, repas) ?

Jamais.....

Moins d'une fois par mois

Une fois par mois.....

2 à 3 fois par mois

Une fois par semaine.....

2 à 3 fois par semaine

Tous les jours ou presque

C4. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consommé les produits suivants : [EPG 2011 modifié]

(Une réponse par ligne)

	Régulièrement	Souvent	Parfois	Jamais
Du tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du poppers				
De l'ecstasy / de la MDMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la cocaïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la kétamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du GHB / GBL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du speed / des méta-amphétamines / du Crystal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du LSD / des champignons hallucinogènes / du 2CB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre, précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C5. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consommé des : [EPG 2011]

(Une réponse par ligne)

	Régulièrement	Souvent	Parfois	Jamais
Anxiolytiques (Lexomil®, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidépresseurs (Prozac®, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traitements érectiles (Viagra®, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produits dopants (anabolisants...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C6. Vous est-il arrivé d'avoir une dépression ? [EPG 2011]

Oui, ces 12 derniers mois.....

Oui, avant

Non, jamais

D - Sexualité

Vous allez maintenant répondre à des questions plus intimes, vis-à-vis de votre vie sexuelle

D1. Actuellement, par rapport à vos pratiques sexuelles avec les hommes, vous diriez que vous êtes : [Création]

Exclusivement actif.....

Plus actif que passif

Autant actif que passif.....

Plus passif qu'actif.....

Exclusivement passif.....

D2. Etes-vous satisfait de votre vie sexuelle actuelle ? [CSF]

Très satisfait

Plutôt satisfait

Plutôt pas satisfait

Pas du tout satisfait

D3. Au cours de votre vie, avec combien de partenaires différents avez-vous eu des rapports sexuels, y compris votre (vos) partenaire(s) actuel(s) ? [VESPA 2]
(Si vous en avez eu beaucoup sans les avoir comptés, donnez un nombre approximatif)

D3.a) Partenaires masculins :

Moins de 5.....

Entre 6 et 15.....

Entre 16 et 30.....

Entre 31 et 50.....

Entre 51-100.....

Entre 101 et 500.....

Entre 501 et 1000.....

Plus de 1000

D3.b) Partenaires féminines

0.....

1.....

Entre 2 et 5.....

Entre 6 et 10.....

- Entre 11 et 20.....
- Entre 21 et 50.....
- Entre 51 et 100.....
- Entre 100 et 500.....
- Plus de 500

D4. A quel âge avez-vous eu ce que vous considérez comme votre premier rapport sexuel... [VESPA 2]

D4.a) ... avec un homme : ans

D4.a)bis. Aviez-vous utilisé un préservatif pour la [sodomie] ? [Info bulle : « pénétrer ou vous faire pénétrer dans l'anus »]

- Pas de sodomie lors de ce premier rapport
- Oui.....
- Non.....

D4.b) [Si D3.b) ≠ 0] ... avec une femme : ans

D4.b)bis Aviez-vous utilisé un préservatif pour la pénétration vaginale ?

- Pas de pénétration vaginale lors de ce premier rapport
- Oui.....
- Non.....

D5. Au cours des 12 derniers mois, combien avez-vous eu de partenaires sexuels au total ? [EPG 2011]

(Si vous en avez eu beaucoup sans les avoir comptés, donnez un nombre approximatif)

D5.a) Hommes : |____|

D5.b) Femmes : |____|

D5.bis Et au cours des 2 derniers mois, combien avez-vous eu de partenaires sexuels masculins au total ? (y compris votre partenaire principal si vous en avez un) [EPG 2011 modif]

(Si vous en avez eu beaucoup sans les avoir comptés, donnez un nombre approximatif)

|____| (obligatoire)

1 - Partenaire principal

D6. Actuellement, avez-vous un partenaire masculin que vous considérez comme votre partenaire principal, que vous ayez eu des rapports sexuels ou non dernièrement ? [VESPA 2]

- Oui..... → D6.a)
- Non..... → D7

D6.a) Depuis quand êtes-vous ensemble ? (Au moins le mois et l'année)

{Liste déroulante jour} {Liste déroulante mois} {Liste déroulante année} → **attention prévoir d'afficher l'année en cours...**

D6.b) Quel âge a-t-il ? ans

D6.c) Vivez-vous ensemble sous le même toit ?

Oui.....

Non.....

D6. d) Avez-vous eu des rapports sexuels avec lui au cours des 12 derniers mois ?

[Création]

Oui.....

Non.....

..... **D6.e) Et au cours des 4 dernières semaines, combien avez-vous eu de rapport sexuels avec votre partenaire principal ?** [Création]

(Si vous en avez eu beaucoup sans les avoir comptés, donnez un nombre approximatif)

D7. (si D3.b) ≠ 0) Actuellement, avez-vous une partenaire féminine que vous considérez comme votre partenaire principale, que vous ayez eu des rapports sexuels ou non ?

[VESPA 2]

Oui → D7.a)

Non..... → filtre avant D8

D7.a) Depuis quand êtes-vous ensemble ? (au moins le mois et l'année)

{Liste déroulante jour} {Liste déroulante mois} {Liste déroulante année}

D7.b) Quel âge a-t-elle ?

Ans

D7.c) Vivez-vous ensemble sous le même toit ?

Oui.....

Non.....

D7.d) Avez-vous eu des rapports sexuels avec elle au cours des 12 derniers mois ?

Oui.....

Non.....

..... **D7.e) Et au cours des 4 dernières semaines, combien avez-vous eu de rapport sexuels avec votre partenaire principal féminine ?** [Création]

(Si vous en avez eu beaucoup sans les avoir comptés, donnez un nombre approximatif)

(Si D6=1)

(Pour les autres : aller au filtre avant la question D13 « Partenaires occasionnels »)

Quelques questions plus précises sur votre relation avec votre partenaire principal masculin.

D8. Votre partenaire principal est-il circoncis ? [VESPA 2]

Oui.....

Non.....

D9. Quel est son statut sérologique ? [Création]

Séronégatif.....

Séropositif.....

Vous ne savez pas.....

D9.a) (Si D9=2) Sa dernière charge virale était : [EPG 2011]

DéTECTABLE.....

IndéTECTABLE.....

Vous ne savez pas.....

D10. (Si D6.d)=1) Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous [sodomisé] votre partenaire principal sans préservatif ? [Info bulle : « pénétrer votre partenaire dans l'anus »] [EPG 2011 modifiée]

Aucune.....

De 1 à 5 fois **dans l'année**.....

De 6 à 11 fois **dans l'année**.....

De 1 à 3 fois par **mois**.....

Une fois par **semaine** ou plus.....

D11. (Si D6 .d)=1) Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous été [sodomisé] par votre partenaire principal sans préservatif ? [Info bulle : « être pénétré par votre partenaire dans l'anus »] [EPG 2011 modifiée]

Aucune.....

De 1 à 5 fois **dans l'année**.....

De 6 à 11 fois **dans l'année**.....

De 1 à 3 fois par **mois**.....

Une fois par **semaine** ou plus.....

D12. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu d'autres partenaires sexuels masculins que votre partenaire principal? [Création]

Oui.....

Non.....

2 - Partenaires occasionnels

(Si D6=2) **Concernant vos partenaires sexuels masculins de ces 12 derniers mois**

(Si D6=1 ET D12=1) **Concernant vos autres partenaires sexuels masculins, et qui sont différents de votre partenaire principal**

(Pour les autres : → filtre avant D20 « dernier rapport sexuel »)

D13. Au cours des 4 dernières semaines, combien de rapports sexuels avez-vous eu au total ? (y compris avec votre partenaire principal si vous en avez un) [VESPA 2 modif]

/ ____ / (Si vous en avez eu beaucoup sans les avoir compté donnez un chiffre approximatif)

D13.a) Parmi ces rapports sexuels, à quelle fréquence avez-vous eu des **pénétrations anales sans préservatif** ? [modalités ANRS-DRAG]

- A tous les rapports
Dans la majorité des rapports
Dans la moitié des rapports
Dans quelques uns des rapports
Jamais au cours des 4 dernières semaines → C10.c)

D14. Au cours des 12 derniers mois, où avez-vous rencontré ces partenaires sexuels ?
[VESPA 2 modif]

	Régulièrement	Souvent	Parfois	Jamais
a) Par Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Par petites annonces dans la presse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Par réseaux téléphoniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Via une application pour faire des rencontres sur smartphone/iPhone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Dans des saunas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Dans des backrooms, sex clubs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Dans des vidéoclubs, des cinémas porno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Bars ou discothèques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Chez des amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Dans des associations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Au travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Dans la rue et les endroits publics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Lieux extérieurs de drague (parc, parking etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Sexe parties, soirées privées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Autre, Précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D15. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous [sodomisé] votre (vos) partenaire(s) occasionnel(s) sans préservatif ? [Info bulle : « pénétrer votre partenaire dans l'anus »] [EPG 2011 modifiée]

- Aucune
- De 1 à 5 fois dans l'année
- De 6 à 11 fois dans l'année
- De 1 à 3 fois par **mois**.....
- Une fois par **semaine** ou plus.....

D16. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous été [sodomisé] par votre (vos) partenaire(s) occasionnel(s) sans préservatif? [Info bulle : « être pénétré par votre partenaire dans l'anus »] [EPG 2011 modifiée]

- Aucune
- De 1 à 5 fois dans l'année
- De 6 à 11 fois dans l'année
- De 1 à 3 fois par **mois**.....
- Une fois par **semaine** ou plus.....

D17. Pour vous, utiliser un préservatif de manière systématique lors de la [sodomie active] avec vos partenaires occasionnels est : [Info bulle : « pénétrer votre partenaire dans l'anus »]

- Très facile
- Plutôt facile
- Plutôt difficile
- Très difficile
- Pas de pénétration anale active avec les partenaires occasionnels

D18. Pour vous, utiliser un préservatif de manière systématique lors de la [sodomie passive] avec vos partenaires occasionnels est : [Info bulle : « être pénétré par votre partenaire dans l'anus »]

- Très facile
- Plutôt facile
- Plutôt difficile
- Très difficile
- Pas de pénétration anale passive avec les partenaires occasionnels.....

D19. Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de vous retrouver dans l'une de ces situations dans le but d'éviter une infection par le VIH : [EPG 2011 modif]

	Oui, une fois	Oui, plusieurs fois	Non, jamais
a) Pratiquer le retrait avant éjaculation pendant une [sodomie] non protégée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Etre uniquement actif lors d'une [sodomie] non protégée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ne pas utiliser de préservatif lors de la [sodomie] car vous aviez demandé à votre partenaire s'il était séronégatif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ne pas utiliser de préservatif lors de la [sodomie] avec un partenaire séropositif car vous saviez qu'il avait une charge virale indétectable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Utiliser le traitement anti-VIH d'un partenaire séropositif, d'un ami ou acheté sur internet avant un rapport sexuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Avoir recours au traitement post exposition du VIH (traitement d'urgence) après un rapport sexuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 -Dernier rapport sexuel [Partie obligatoire]

Il s'agit maintenant de détailler le dernier rapport sexuel que vous avez eu avec un homme

D20. Ce dernier rapport était avec : [EPG 2011 modif]

- Votre partenaire principal
- Un partenaire occasionnel que vous connaissiez (copain de baise, fuck buddy, plan cul régulier)
- Un partenaire occasionnel que vous ne connaissiez pas (rapport anonyme, coup d'un soir)
- Plusieurs partenaires en même temps.....

D21. Sur une échelle de risque de contamination par le VIH, allant de « pas du tout risqué » à « fortement risqué », comment évalueriez-vous le risque associé à votre dernier rapport ou plan à plusieurs:
[VESPA 1 modifié]

Pas du tout risqué |-----| Fortement risqué

D22. Quand ce dernier rapport ou ce plan à plusieurs a-t-il eu lieu ? [création]

{Calendrier déroulant date}

D23. (Si D20=4) Avec combien de partenaires avez-vous eu des contacts sexuels ??
[VESPA 2 modif]

____| (si vous n'êtes plus sûr, donnez un chiffre approximatif)

Vous ne savez plus

(Pour D20=4) Pour les questions suivantes, ne considérez que le partenaire avec lequel vous avez eu le plus de contacts sexuels.

D24. (Sauf si D20=1) Ce partenaire sexuel était-il circoncis ? [VESPA 2]

Oui.....

- Non.....
- Vous ne savez plus

D25. (Sauf si D20=1) Avant d'avoir ce rapport sexuel avec ce partenaire, avez-vous discuté de l'utilisation du préservatif ? [VESPA 2]

- Oui.....
- Non.....
- Vous ne savez pas.....

D26. (Sauf si D20=1) Ce partenaire était : [Modalités VESPA 2]

- Séronégatif.....
- Séropositif
- Il ne connaissait pas son statut.....
- Vous ne savez pas..... → D27

D26.a) (Sauf si D26=3) Comment l'avez-vous su ? [Modalités VESPA 2]

- Il vous l'a dit de lui-même.....
- Il vous l'a dit car vous lui aviez demandé.....
- Vous vous êtes rencontrés dans un espace où le statut sérologique est affiché (internet, soirées privées etc.).....
- Vous l'avez su autrement.....

D26.a)bis (Si D26=3) Comment avez-vous su qu'il ne connaissait pas son statut sérologique ?

- Il vous a dit de lui-même qu'il ne connaissait pas son statut.....
- Vous lui aviez demandé quel était son statut.....
- Vous l'avez su autrement.....

D26.b) A quel moment l'avez-vous su ? [Modalités VESPA 2]

- Avant ce dernier rapport.....
- Pendant ce dernier rapport.....
- Après ce dernier rapport.....
- Vous ne savez plus

D26.c) (Si D26 = 2) Sa dernière charge virale était : [EPG 2011]

- DéTECTABLE.....
- IndéTECTABLE.....
- Vous ne savez pas.....

D27. (Sauf si D20=1) Et lui, a-t-il su que vous étiez séronégatif?

- Oui, vous lui avez dit de vous-même*
- Oui, vous lui avez dit car il vous l'avait demandé*
- Oui, vous vous êtes rencontrés dans un espace où le statut sérologique est affiché (internet, soirées privées etc.)*
- Non*
- Vous ne savez pas*

**D28. (Pour D20=4) Où s'est déroulé la sex party lors de laquelle vous avez eu ce dernier rapport ?
(Pour les autres) Où s'est déroulé ce dernier rapport avec ce partenaire ? [VESPA 2 modif]**

Obligatoire, plusieurs réponses possibles, 4 maxi.

- Chez vous*
- Chez votre partenaire*
- Dans un autre lieu privé (chez quelqu'un, à l'hôtel par exemple)*
- Dans un sauna, une backroom, un vidéoclub, un sex club*
- Dans un lieu extérieur de drague homo (parc, parking etc.)*
- Dans un lieu public*
- Autre, Précisez : _____*

D29. Etiez-vous sous l'effet d'un (ou des) produit(s) suivant(s) lors de ce dernier rapport sexuel ? [VESPA 2]

Obligatoire, plusieurs réponses possibles.

- Aucune*
- Cannabis*
- Ecstasy*
- Cocaïne*
- Poppers*
- Alcool*
- GHB / GBL*
- Kétamine*
- Viagra® et autres stimulants*
- Autres. Précisez : _____*

D30. Ce dernier rapport a-t-il été négocié en échange d'argent, de drogues, de biens ou de services ? [Net Baromètre gay 09 modif]

- Oui.....
- Non.....
- Vous ne savez pas.....

D30.a) (Si D30=1) Qui était à l'origine de cet (ces) échange (s) ?

- Vous.....
- Votre partenaire.....
- Les deux.....
- Autre configuration.....

D31. Lors de ce dernier rapport sexuel avec ce partenaire, avez-vous utilisé un préservatif : [VESPA 2]

D31.a) Pour vous faire sucer ?

- Oui.....
- Non.....
- Il ne vous a pas sucé lors de ce dernier rapport.....
- Vous ne savez plus.....

D31.a)bis (Si D31.a)=2) Avez-vous éjaculé dans sa bouche ?

- Oui.....
- Non.....
- Vous ne savez plus.....

D31.b) Toujours lors de ce dernier rapport, avait-il un préservatif quand vous le suciez ?

- Oui.....
- Non.....
- Vous ne l'avez pas sucé lors de ce dernier rapport.....
- Vous ne savez plus.....

D31.b)bis (Si D31.b)=2) A-t-il éjaculé dans votre bouche ?

- Oui.....
- Non.....
- Vous ne savez plus.....

D31.c) Toujours lors de ce dernier rapport, avez-vous utilisé un préservatif pour le [sodomiser] ? [Infobulle : « vous l'avez pénétré dans l'anus »]

Oui.....

Non

Vous ne l'avez pas sodomisé lors de ce dernier rapport

Vous ne savez plus

D31.c)bis (Si D31.c)=2) Vous êtes-vous retiré pour ne pas éjaculer dans son anus ?

Oui.....

Non.....

Vous ne savez plus

D31.c)ter (Si D31.c)=2) Votre partenaire a-t-il eu des saignements suite à ce rapport anal ?

Oui.....

Non.....

Vous ne savez plus

D31.d) Toujours lors de ce dernier rapport, votre partenaire a-t-il utilisé un préservatif pour vous [sodomiser] ? [Infobulle : « il vous a pénétré dans l'anus »]

Oui.....

Non.....

Il ne vous a pas sodomisé lors de ce dernier rapport

Vous ne savez plus

D31.d)bis (Si D31.d)=2) Votre partenaire s'est-il retiré pour ne pas éjaculer dans votre anus ?

Oui.....

Non.....

Vous ne savez plus

D31.d)ter (Si D31.d)=2) Avez-vous eu des saignements suite à ce rapport anal ?

Oui.....

Non.....

Vous ne savez plus

D31.f) Toujours lors de ce dernier rapport, avez-vous fisté ou été fisté?

Oui, vous avez fisté

- Oui, vous avez été fisté
- Oui, les deux
- Non
- Vous ne savez plus

D31.g) Enfin, avez-vous eu des pratiques SM ou d'autres pratiques hard lors de ce dernier rapport?

- Oui
- Non
- Vous ne savez plus

D32. Lors de ce dernier rapport sexuel avec ce partenaire, avez-vous eu une rupture de préservatif ? [Création]

- Oui
- Non
- Pas de préservatif lors de ce dernier rapport
- Vous ne savez plus

E -L'essai IPERGAY

Pour terminer, quelques questions sur votre inclusion dans l'essai IPERGAY

E1. Avez-vous parlé de votre participation à IPERGAY : [Création]

(Cochez « non concerné » si vous n'avez pas ou plus de partenaire principal, père, mère etc.)

	Non concerné	Oui	Non
A votre partenaire principal masculin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A d'autres partenaires masculins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A votre père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A votre mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A d'autres membres de votre famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A des amis homos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A des amis hétéros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A d'autres personnes, Précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E1.b) Comment vous sentez-vous vis-à-vis de votre participation à l'essai IPERGAY ?

- Très fier
- Plutôt fier
- Ni fier, ni pas fier
- Plutôt pas fier

Pas fier du tout

E2. Pensez-vous que le fait de participer à IPERGAY : [Pré-enquête PrEP modif]

Augmentera beaucoup votre désir sexuel.....

Augmentera un peu votre désir sexuel

Ne changera pas votre désir sexuel.....

Diminuera un peu votre désir sexuel.....

Diminuera beaucoup votre désir sexuel.....

E2.b) Vis-à-vis du préservatif, pensez-vous que le fait de participer à IPERGAY : [Pré-enquête PrEP modif]

Vous incitera à l'utiliser beaucoup plus souvent

Vous incitera à l'utiliser plus souvent

Ne changera pas votre utilisation du préservatif.....

Vous incitera à l'utiliser moins souvent

Vous incitera à l'utiliser beaucoup moins souvent

E3. Comment percevez-vous les visites médicales auxquelles vous allez devoir vous rendre en terme de : [Création]

	Pas du tout contraignant	Peu contraignant	Très contraignant	Extrêmement contraignant
... Nombre de visites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Nombre de prélèvements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Distance à parcourir pour vous y rendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Temps consacré à ces visites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Plages horaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E4. Comment vous sentez-vous vis-à-vis : [Création]

	Pas du tout stressé	Peu stressé	Assez stressé	Très stressé
... de votre inclusion dans l'essai IPERGAY	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... du fait de ne pas savoir si vous allez recevoir la PrEP ou un placebo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... de la survenue d'effets indésirables imprévus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Merci d'avoir répondu à toutes ces questions !

Rendez-vous dans deux mois pour un questionnaire nettement plus court que celui-ci !

Si vous avez des commentaires ou des remarques à propos de ce questionnaire, n'hésitez pas !

Attention : aucune réponse ne vous sera fournie après votre message. Il ne s'agit ici que d'aider l'équipe de recherche à mieux comprendre les éventuelles difficultés rencontrées vis-à-vis du questionnaire.

.....
.....
.....
.....

[Page suivante]

Vos réponses ont bien été enregistrées.

Vous pouvez maintenant fermer votre navigateur ou rejoindre le site d'IPERGAY ici

Annexe 3. Questionnaire bimensuel

.....

Questionnaire IPERGAY

(M1-M2-M4-M6-M8-M10---M14-M16...)

.....

Plan Général :

A - Observance [Partie obligatoire]

B - Sexualité

Dernier rapport sexuel [Partie obligatoire]

C(bis) - L'essai IPERGAY

Date et heure recueillies lors du remplissage du questionnaire

Bonjour,

Vous êtes sur le point de répondre à votre questionnaire de suivi d'une durée approximative de 15 minutes suivant les vécus personnels.

Il n'y a ni bonnes, ni mauvaises réponses. Ni les médecins, ni les accompagnateurs qui vous suivent dans l'essai n'auront accès à vos réponses, elles seront parfaitement anonymes, et utilisées uniquement par des chercheurs en sciences sociales à des fins statistiques. Merci donc de répondre le plus spontanément et le plus sincèrement possible.

Sauf exception vous ne pouvez pas retourner en arrière lorsque vous cliquez sur « suivant ».

Attention, ne quittez pas ce questionnaire avant de l'avoir terminé car vos réponses ne seront pas enregistrées, et celles-ci sont vraiment précieuses pour la recherche !

L'équipe IPERGAY

A - Observance [Partie obligatoire]

Vous allez d'abord répondre à des questions concernant la manière dont vous prenez vos comprimés. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, et nous vous rappelons que vos réponses sont anonymes : aucun membre de l'équipe qui vous suit n'y aura accès.

A1. Au cours des 2 derniers mois, quel jour avez-vous pris vos comprimés pour la dernière fois ?

{Calendrier déroulant date}

Vous n'avez pas pris de comprimés **au cours des 2 derniers mois** → module suivant

Veillez confirmer que votre dernière prise de comprimés, c'est-à-dire votre prise la plus récente par rapport à aujourd'hui était bien le : JJ/MM/AAAA ?

[Suivant/précédent]

A2. Vous allez maintenant décrire la manière dont vous avez pris vos comprimés sur le calendrier suivant :

	J-7	J-6	J-5	J-4	J-3	J-2	J-1	dernière prise	J+1
0h									
2h									
4h									
6h									
8h									
10h									
12h									
14h									
16h									
18h									
20h									
22h									
24h									

Les jours doivent s'aligner sur les 7 jours qui précèdent la dernière prise, le jour de la dernière prise, et le jour qui suit

A2.a) Indiquez sur cette période, tous les moments où vous avez pris des comprimés

- En cliquant sur 1 pour marquer la prise d'un comprimé
- En cliquant sur 2 pour marquer la prise de deux comprimés
- En sélectionnant ensuite la tranche horaire qui correspond le mieux au moment où vous

avez pris des comprimés. **Merci de vérifier que cela correspond bien à la façon dont vous avez pris vos comprimés :**

[Présentation du tableau avec les prises + boutons Précédent/Suivant]

A2.b) Indiquez maintenant, toujours sur le même calendrier, tous les moments où vous avez eu un rapport sexuel :

(Cp = prise de comprimés)

[Présentation du tableau + case à cocher en bas du tableau : « aucun rapport du [Jour-J-7] JJ/MM/AAAA au [Jour-J+1] JJ/MM/AAAA »]

A2.c) Parmi les rapports que vous avez indiqués, cochez ceux où vous avez eu une pénétration anale SANS PRESERVATIF (=PASP), qu'elle soit active ou passive.

[Présentation du tableau + case à cocher en bas du tableau : « aucune PASP entre le [Jour-J-7] JJ/MM/AAAA et le [Jour-J+1] JJ/MM/AAAA »]

A3. Vous avez indiqué, sur le calendrier précédent, une première prise de comprimés le {date de la première prise sur le calendrier}. Dans la semaine qui a précédé, c'est-à-dire entre {date de la première prise sur le calendrier -7} et {date de la première prise sur le calendrier}, aviez-vous pris des comprimés?

Oui.....

Non.....

A3.a) (Si A3=1) Combien de comprimés avez-vous pris lors de votre dernière prise avant votre prise du {date de la première prise sur le calendrier} ?

1.....

2.....

B - Sexualité

Vous allez maintenant répondre à des questions plus intimes, concernant votre vie sexuelle

B3.a) Au cours des 6 derniers mois, où avez-vous rencontré vos partenaires sexuels masculins ? [VESPA 2 modif] (Seulement à M6, M18, M30 etc.)

	Régulièrement	Souvent	Parfois	Jamais
a) Par Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Par petites annonces dans la presse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Par réseaux téléphoniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Via une application pour faire des rencontres sur smartphone/iPhone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Dans des saunas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Dans des backrooms, sex clubs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Dans des vidéoclubs, des cinémas porno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Dans des bars ou discothèques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Chez des amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Dans des associations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Au travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Dans la rue et les endroits publics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Dans des lieux extérieurs de drague (parc, parking etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Sex-parties, soirées privées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Autre, Précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B1. Actuellement, par rapport à vos pratiques sexuelles avec les hommes, vous diriez que vous êtes : [Création]

Exclusivement actif.....

- Plus actif que passif
- Autant actif que passif
- Plus passif qu'actif.....
- Exclusivement passif.....

B2. Etes-vous satisfait de votre vie sexuelle actuelle ? [CSF]

- Très satisfait
- Plutôt satisfait
- Plutôt pas satisfait
- Pas du tout satisfait

B3. Au cours des 2 derniers mois, combien avez-vous eu de partenaires sexuels masculins au total ? (y compris votre partenaire principal si vous en avez un) [EPG 2011 modif]

(Si vous en avez eu beaucoup sans les avoir comptés, donnez un nombre approximatif)

|____| (obligatoire, Si **B3=0** → Aller directement à **B4.d**)

B4. Au cours des 4 dernières semaines, combien de rapports sexuels avez-vous eu au total? (y compris avec votre partenaire principal si vous en avez un) [VESPA 2 modif]

|____| (obligatoire Si **B4=0** → Aller directement à **B4.d**) (si vous en avez eu beaucoup sans les avoir comptés donnez un chiffre approximatif)

B4.a) Parmi ces rapports sexuels au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous eu des pénétrations anales SANS PRESERVATIF ? [modalités ANRS-DRAG]

- A tous les rapports
- Dans la majorité des rapports
- Dans la moitié des rapports.....
- Dans quelques-uns des rapports
- Jamais au cours des 4 dernières semaines..... → B4.c)

B4.b) Sur cette même période de 4 semaines, à quelle fréquence avez-vous pris votre traitement avant et après une pénétration anale SANS PRESERVATIF ? [modalités Vespa2]

- Toujours.....
- Presque toujours
- Parfois
- Presque jamais.....
- Jamais

B4.c) Au cours de ces 4 dernières semaines toujours, diriez-vous que vous avez pris votre traitement :

- Systématiquement, en respectant le schéma de prise(avant et après).....
- Systématiquement, mais en ne respectant pas complètement le schéma de prise
- Souvent, en respectant le schéma de prise
- Souvent, en ne respectant pas complètement le schéma de prise
- De temps en temps, en respectant le schéma de prise
- De temps en temps, en ne respectant pas complètement le schéma de prise
- Pas du tout

B4.d) (Si B4=0) Au cours de ces 4 dernières semaines, avez-vous pris votre traitement?

- Oui, de façon continue
- Oui, car je pensais avoir des rapports sexuels
- Oui, car je finissais mon traitement commencé avant ces 4 dernières semaines
- Non
- Vous ne savez plus

Suite : Si **B3=0** → Aller directement à **C1**

Dernier rapport sexuel [Partie obligatoire]

Il s'agit maintenant de détailler le dernier rapport sexuel que vous avez eu avec un homme

B5. Ce dernier rapport était avec : [EPG 2011 modif]

- Votre partenaire principal
- Un partenaire occasionnel que vous connaissiez (copain de baise, fuck buddy, plan cul régulier)
- Un partenaire occasionnel que vous ne connaissiez pas (rapport anonyme, coup d'un soir)
- Plusieurs partenaires en même temps

B6. Sur une échelle de risque de contamination par le VIH, allant de « pas du tout risqué » à « fortement risqué », comment évalueriez-vous le risque associé à votre dernier rapport ou plan à plusieurs:

[VESPA 1 modifié]

Pas du tout risqué |-----| Fortement risqué

B7. Aviez-vous pris des comprimés avant ce rapport ? [Création]

- Oui → **B7.a**
- Non → **B8**
- Vous ne savez plus → **B8**

B7.a) Quand aviez-vous pris des comprimés pour la dernière fois avant ce rapport sexuel ?

{Calendrier déroulant} {Menu déroulant avec l'heure}

Vous ne savez plus → **B7.a-bis)**

B7.a-bis) Si vous ne vous souvenez plus du moment exact, diriez-vous que vous avez pris des comprimés :

- Moins de 12h avant le rapport
- Entre 12h et 24h avant le rapport
- Plus de 24h avant le rapport
- Vous ne savez plus

B7.b) Combien de comprimés aviez-vous pris?

___/

Vous ne savez plus

B7.d) Et quand en aviez-vous prise la fois d'avant ?

{Calendrier déroulant} {Menu déroulant avec l'heure}

Pas de prise de comprimés dans la semaine précédant cette prise du [jour] ??

Vous ne savez plus

B7.e) Combien de comprimés?

|__|

Vous ne savez plus

B8. Quand ce dernier rapport ou ce plan à plusieurs a-t-il commencé ? [création]

{Calendrier déroulant date}

{Menu déroulant avec l'heure}

Vous ne savez plus

**B9. (Pour B5=4) Avec combien de partenaires avez-vous eu des contacts sexuels ?
[VESPA 2 modif]**

|__| (si vous n'êtes plus sûr, donnez un chiffre approximatif)

(Pour B5=4) **Pour les questions suivantes, ne considérez que le partenaire avec lequel vous avez eu le plus de contacts physiques.**

B10. (Sauf si B5=1) Ce partenaire sexuel était-il circoncis ? [VESPA 2]

Oui

Non

Vous ne savez plus

B11. Avant d'avoir ce rapport sexuel avec ce partenaire, avez-vous discuté de l'utilisation du préservatif ? [VESPA 2]

Oui

Non

Vous ne savez pas

B12. (Sauf si B5=1) Ce partenaire était : [Modalités VESPA 2]

Séronégatif

Séropositif

Il ne connaissait pas son statut

Vous ne savez pas → B13

B12.a) (Sauf si B12=3) Comment l'avez-vous su ? [Modalités VESPA 2]

- Il vous l'a dit de lui-même*.....
- Il vous l'a dit car vous lui aviez demandé*.....
- Vous vous êtes rencontrés dans un espace où le statut sérologique est affiché (internet, soirées privées etc.)*.....
- Vous l'avez su autrement*.....

B12.a)bis (Si B12=3) Comment avez-vous su qu'il ne connaissait pas son statut sérologique ?

- Il vous a dit de lui-même qu'il ne connaissait pas son statut*.....
- Vous lui aviez demandé quel était son statut*.....
- Vous l'avez su autrement*.....

B12.b) A quel moment l'avez-vous su ? [Modalités VESPA 2]

- Avant ce dernier rapport*.....
- Pendant ce dernier rapport*.....
- Après ce dernier rapport*.....
- Vous ne savez plus*.....

B12.c) [Si B12=2] Sa dernière charge virale était : [EPG 2011]

- DéTECTABLE*.....
- IndéTECTABLE*.....
- Vous ne savez pas*.....

B13. (Sauf si B5=1) Et lui, a-t-il su que vous étiez séronégatif?

- Oui, vous lui avez dit de vous-même*.....
- Oui, vous lui avez dit car il vous l'avait demandé*.....
- Oui, vous vous êtes rencontrés dans un espace où le statut sérologique est affiché (internet, soirées privées etc.)*.....
- Non*.....
- Vous ne savez pas*.....

(Pour les autres) Où s'est déroulé ce dernier rapport ou ce plan à plusieurs avec ce partenaire ? [VESPA 2 modif]

4 réponses maxi

- Chez vous*.....
- Chez votre partenaire*.....
- Dans un autre lieu privé (chez quelqu'un, à l'hôtel par exemple)*.....

- Dans un sauna, une backroom, un vidéoclub, un sex club.....
- Dans un lieu extérieur de drague homo (parc, parking etc.).....
- Dans un lieu public
- Autre, Précisez : _____

B14. Etiez-vous sous l'effet d'un (ou des) produit(s) suivant(s) lors de ce dernier rapport sexuel ? [VESPA 2]

Obligatoire. Plusieurs réponses possibles.

Aucun	<input type="checkbox"/>
Cannabis	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>
Cocaïne	<input type="checkbox"/>
Poppers	<input type="checkbox"/>
Alcool	<input type="checkbox"/>
GHB/GBL	<input type="checkbox"/>
Kétamine/Sécial K	<input type="checkbox"/>
Viagra® et autres stimulants	<input type="checkbox"/>
Crack	<input type="checkbox"/>
Héroïne	<input type="checkbox"/>
Speed / Méthamphétamines / Crystal	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>
De la méphédronne / cathinones / PDPV / NRJ3 / 4MEC	<input type="checkbox"/>
Autres. Précisez :	<input type="checkbox"/>

B14. Ce dernier rapport a-t-il été négocié en échange d'argent, de drogues, de biens ou de services ? [Net Baromètre gay 09 modif]

- Oui.....
- Non.....
- Vous ne savez pas.....

B 16.a) (Si B16=1) Qui était à l'origine de cet (ces) échange (s) ?

- Vous*
- Votre partenaire*.....
- Les deux*.....
- Autre configuration*

B15. Lors de ce dernier rapport sexuel avec ce partenaire, avez-vous utilisé le préservatif :
[VESPA 2]

B17.a) Pour vous faire sucer ?

- Oui*.....
- Non*
- Il ne vous a pas sucé lors de ce dernier rapport*
- Vous ne savez plus*

B17.a)bis (Si B17.a)=2) Avez-vous éjaculé dans sa bouche ?

- Oui*.....
- Non*.....
- Vous ne savez plus*

B17.b) Toujours lors de ce dernier rapport, avait-il un préservatif quand vous le suciez ?

- Oui*.....
- Non*
- Vous ne l'avez pas sucé lors de ce dernier rapport*
- Vous ne savez plus*

B17.b)bis (Si B17.b)=2) A-t-il éjaculé dans votre bouche ?

- Oui*.....
- Non*.....
- Vous ne savez plus*

B17.c) Toujours lors de ce dernier rapport, avez-vous utilisé un préservatif pour le sodomiser] ? [Infobulle : « vous l'avez pénétré dans l'anus »]

- Oui*.....
- Non*
- Vous ne l'avez pas sodomisé lors de ce dernier rapport*
- Vous ne savez plus*

B17.c)bis (Si B17.c)=2) Vous êtes-vous retiré pour ne pas éjaculer dans son anus ?

- Oui.....
- Non.....
- Vous ne savez plus

B17.c)ter (Si B17.c)=2) Votre partenaire a-t-il eu des saignements suite à ce rapport anal ?

- Oui.....
- Non.....
- Vous ne savez plus

B17.d) Toujours lors de ce dernier rapport, votre partenaire a-t-il utilisé un préservatif pour vous [sodomiser] ? [Infobulle : « il vous a pénétré dans l'anus »]

- Oui.....
- Non.....
- Il ne vous a pas sodomisé lors de ce dernier rapport
- Vous ne savez plus

B17.d)bis (Si B17.d)=2) Votre partenaire s'est-il retiré pour ne pas éjaculer dans votre anus ?

- Oui.....
- Non.....
- Vous ne savez plus

B17.d)ter (Si B17.d)=2) Avez-vous eu des saignements suite à ce rapport anal ?

- Oui.....
- Non.....
- Vous ne savez plus

B17.f) Toujours lors de ce dernier rapport, avez-vous [fisté] ou été [fisté]? [Infobulle : « Fister : pénétration anale avec la main entière »]

- Oui, vous avez fisté
- Oui, vous avez été fisté
- Oui, les deux
- Non.....
- Vous ne savez plus

B17.g) Avez-vous eu des pratiques SM ou d'autres pratiques hard lors de ce dernier rapport?

- Oui.....
- Non.....
- Vous ne savez plus

B16. Enfin, lors de ce dernier rapport sexuel avec ce partenaire, avez-vous eu une rupture de préservatif ? [Création]

- Oui.....
- Non.....
- Pas de préservatif lors de ce dernier rapport.....
- Vous ne savez plus

B17. Avez-vous parlé de votre participation à IPERGAY à ce partenaire ? [Création]

- Oui, avant ce dernier rapport
- Oui, après ce dernier rapport
- Non.....
- Vous ne savez plus

B18. Ce partenaire fait-il lui aussi partie de l'essai IPERGAY ?

- Oui.....
- Non.....
- Vous ne savez pas.....

B19. Enfin, avez-vous pris des comprimés après ce rapport ? [Création]

- Oui..... → B21.a
- Non..... → module suivant
- Non, vous n'avez pas encore pu en prendre → module suivant
- Vous ne savez plus → module suivant

B21.a) A quel moment en avez-vous pris, à la suite de ce rapport ?

{Calendrier déroulant} {Menu déroulant avec l'heure}

- Vous ne vous souvenez plus de la date..... → B21.a-bis)

B21.a-bis) Si vous ne vous souvenez plus du moment exact, diriez-vous que vous avez pris des comprimés :

- Moins de 12h après le rapport.....
- Entre 12h et 24h après le rapport.....
- Plus de 24h après le rapport.....

Vous ne savez plus.....

B21.b) Combien de comprimés ?

/ /

Vous ne savez plus

B21.c) Et en avez-vous repris par la suite?

Oui..... → **B21.d**

Non..... → module suivant

Non, vous n'avez pas encore pu en reprendre → module suivant

Vous ne savez plus → module suivant

B21.d) A quel moment en avez-vous repris à nouveau ?

{Calendrier déroulant} {Menu déroulant avec l'heure}

Vous ne vous souvenez plus de la date.....

B21.e) Combien de comprimés ?

/ /

Vous ne savez plus

C - Consommations

[M-2] Vous allez maintenant répondre à des questions concernant vos consommations

[ANRS-cohorte]

C1. Au cours des 2 derniers mois, avez-vous consommé les produits suivants : [EPG 2011 modifié]

(Une réponse par ligne)

	Jamais	Moins 1 fois/semaine	Plus 1 fois/semaine	Tous les jours
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poppers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<i>GHB/GBL</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kétamine</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Viagra® et autres stimulants</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Crack/free-base</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>DHéroïne</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Méta-amphétamines / Crystal</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>LSD</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Méphédronne/PDPV/NRJ3/4-MEC</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Autres.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Précisez :</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⇒ Si C1 = « jamais » à tous les items, passer à Catégorie C (bis) actuelle

⇒ Si C1 = autre réponse que « jamais », proposer les questions suivantes C2 et C3 pour chaque produit consommé selon un arbre arborescent

C2. Ces 2 derniers mois, comment avez-vous consommé ce produit ?

Par sniff..... OUI/ NON

Par injection..... OUI/ NON

En fumant..... OUI/ NON

*Par l'an*us OUI/ NON

C3. Ces 2 derniers mois, lorsque vous avez consommé ce produit, y-a-t-il eu partage de...

	<i>Oui</i>	<i>Non</i>
<i>Paille</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Pipe</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Seringue ou aiguille</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Petit matériel (cuillère ou récipient, coton ou filtre, eau de dilution...)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C4. Le Slam est une pratique de consommation de produits psychostimulants par injection intraveineuse, réalisée lors de leurs rapports sexuels par des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.

Avez-vous déjà pratiqué le Slam ?

Oui.....

Non.....
⇒ Si C4 = non, passer à Catégorie C (bis) actuelle

C5. Quel est le mois et l'année de votre premier « plan Slam » ?

Mois
Année

C6. Ces 2 derniers mois, combien de « plan(s) Slam » avez-vous eu(s) ?

Aucun.....
1 à 2.....
3 à 10.....
> 10.....

C7. Lors de votre dernier « plan Slam », quel a été le nombre de vos injections ?

Aucun.....
1 à 2.....
3 à 10.....
> 10.....

C8. Lors de votre dernier « plan Slam », avez-vous votre propre matériel ?

	Oui	Non	Ne se souvient plus
La seringue / les aiguilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La cuillère / le récipient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le coton / le filtre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'eau de dilution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C9. Lors de votre dernier « plan Slam », êtes-vous sûr que personne n'a utilisé votre matériel avant ou après vous ?

Oui.....
Non.....

C10. Lors de vos « plans Slam », avez-vous des pratiques sexuelles spécifiques ?

	<i>Oui</i>	<i>Non</i>
<i>Sexe en groupe</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Fist fucking</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Pratiques hard (BDSM)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C11. Vous arrive-t-il de pratiquer le Slam seul ?

Oui.....
Non.....

C12. Ces 2 derniers mois, vous est-il arrivé de refuser de slamer dans un « plan slam » ?

Oui.....
Non

⇒ Si C12 = non, passer à Catégorie C (bis) actuelle

C13. Si oui : le fait de ne pas consommer de produits dans un « plan slam » a-t-il modifié vos pratiques sexuelles ?

Oui.....
Non

C(bis) - L'essai IPERGAY

1. Et maintenant quelques questions sur votre participation à l'essai IPERGAY

C1. Avez-vous parlé de votre participation à IPERGAY ? [Création]

(cochez « non concerné » si vous n'avez pas ou plus de partenaire principal, père, mère, etc.)

	Non concerné	Oui	Non
A votre partenaire principal masculin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A d'autres partenaires masculins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A votre père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A votre mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A d'autres membres de votre famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A des amis homos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A des amis hétéros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A d'autres personnes, Précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C1.a) Comment vous sentez-vous vis-à-vis de votre participation à l'essai IPERGAY ?

- Très fier
- Plutôt fier
- Ni fier, ni pas fier
- Plutôt pas fier
- Pas fier du tout

C2. Comment vous sentez-vous vis-à-vis du fait de ne pas savoir si vous recevez la PrEP ou un placebo ? : [Création]

- Pas du tout stressé.....
- Peu stressé
- Assez stressé
- Très stressé.....

C3. Au cours des 2 derniers mois, avez-vous eu l'impression d'avoir des effets indésirables liés au traitement ? [Création]

1 : pas d'effets indésirables liés au traitement ; 5 : beaucoup d'effets indésirables liés au traitement

☺ 1 2 3 4 5 ☹

C4. Pensez-vous recevoir la PrEP ou un placebo ? [Création] (M6, M18, M30 etc.)

- PrEP
- Placébo.....
- Ne sait pas

C5. Toujours au cours des 2 derniers mois, vous est-il arrivé de vous retrouver dans l'une des situations suivantes : [Création]

→ Attention : les modalités de réponses ont été inversées : il faut être uniforme avec B3.a : oui une fois, oui plusieurs fois, non jamais (à changer sur la version en ligne si pas déjà fait)

2.	3. Oui, 4. une fois	5. Oui, plusieurs fois	6. Non, jamais
7. De partager votre traitement avec l'un de vos partenaires ou avec un ami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ne pas prendre votre traitement après un rapport anal sans préservatif car <u>vous pensiez</u> que votre partenaire était séronégatif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ne pas prendre votre traitement après un rapport anal sans préservatif car votre partenaire <u>vous a dit</u> qu'il était séronégatif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Ne pas prendre votre traitement **après** un rapport anal sans préservatif car votre partenaire était séropositif mais avec une charge virale indétectable

C6. Pensez-vous que le fait de participer à IPERGAY : [Pré-enquête PrEP modif]

- Augmente beaucoup votre désir sexuel.....
- Augmente un peu votre désir sexuel.....
- Ne change pas votre désir sexuel.....
- Diminue un peu votre désir sexuel.....
- Diminue beaucoup votre désir sexuel.....

C6.b) Vis-à-vis du préservatif, pensez-vous que le fait de participer à IPERGAY : [Pré-enquête PrEP modif]

- Vous incite à l'utiliser beaucoup plus souvent
- Vous incite à l'utiliser plus souvent
- Ne change pas votre utilisation du préservatif
- Vous incite à l'utiliser moins souvent
- Vous incite à l'utiliser beaucoup moins souvent

C7. A propos de votre participation à IPERGAY, comment estimez-vous : (pour chaque énoncé, cochez la réponse correspondant à votre opinion) [Création MP]

	Pas du tout satisfaisant	Peu satisfaisant	Plutôt satisfaisant	Tout-à-fait satisfaisant
a) L'accueil dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) La qualité de l'information apportée à propos de l'essai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) L'organisation générale de l'essai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C8. A propos des entretiens réguliers avec votre accompagnateur, comment estimez-vous : (pour chaque énoncé, cochez la réponse correspondant à votre opinion) [Création MP]

	Pas du tout satisfaisant	Peu satisfaisant	Plutôt satisfaisant	Tout-à-fait satisfaisant
a) Le langage, les mots avec lesquels l'accompagnateur s'est adressé à vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) La qualité de l'information apportée à propos de l'essai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Les informations et l'accompagnement dans vos stratégies de prévention vis-à-vis du VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Merci d'avoir répondu à toutes ces questions. Si vous avez des remarques ou suggestions sur le questionnaire, votre ressenti ou autre, exprimez-vous !

Attention : aucune réponse ne vous sera fournie après votre message. Il ne s'agit ici que d'aider l'équipe de recherche à mieux comprendre les éventuelles difficultés rencontrées vis-à-vis du questionnaire.

.....
.....
.....
..... **Rendez-vous dans deux mois pour votre prochain questionnaire de suivi !**

N'oubliez pas de cliquer une dernière fois sur "suivant" afin de valider entièrement votre questionnaire!
L'équipe questionnaire IPERGAY

11. [Page suivante]

12. **Vos réponses ont bien été enregistrées.**

13. **Vous pouvez maintenant fermer votre navigateur ou rejoindre le site d'IPERGAY ici**

Curriculum Vitae

Marion Di Ciaccio

marion.diciaccio@hotmail.fr

Formations universitaires :

Depuis 2015 : **Doctorat** en psychologie

- *Supervision* : Pr Marie Préau
- *Titre de la thèse* : Approche psychosociale de la gestion du risque VIH chez les Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes (HSH) dans un essai de prévention biomédicale communautaire (ANRS-IPERGAY)
- *Affiliations* : Aix Marseille Univ, INSERM, IRD, SESSTIM, *Sciences Economiques & Sociales de la Santé & Traitement de l'Information Médicale*, Marseille, France. Laboratoire GRePS, Université Lumière Lyon 2, Lyon, France.
- *Financements* : Agence Nationale de Recherche sur le SIDA et les Hépatites (ANRS)

2013-2015 : **Master**, psychologie sociale de la santé, Aix-Marseille Université, mention bien

- Mémoire M2 : représentations professionnelles du métier d'éducateur de prévention (mention très bien)
- Mémoire M1 : Impact du genre sur la réaction à la déviance (mention très bien)

2011-2013 : **Licence**, psychologie, Aix-Marseille Université (mention assez bien)

2009-2011 : **DUT**, gestion des entreprises et des administrations option RH, Aix-Marseille Université (mention bien)

2008 : Diplôme du **baccalauréat**, section littéraire, lycée Joliot Curie, Aubagne (13)

Formations au cours du doctorat :

- Ethique de la recherche (18h)
- Anglais (50h)
- Logiciel R – Niveau 1 (21h)
- Modèles prédictifs (28h)
- Ecole d'été des objectifs de développement durable (25h)
- Pratiques d'enseignements (16h)
- Logiciel Iramuteq (14h)
- Formation à la recherche bibliographique IsiDoc't (15h)
- Pratiques scientifiques (7h)

Publications

- Di Ciaccio, M.**, Sagaon-Teyssier, L., Protiere, C., Mimi, M., Suzan-Monti, M., Meyer, L., Rojas Castro, D., Pialoux, G., Pintado, C., Molina, J-M., Preau, M., Spire, B., & the ANRS IPERGAY Study Group. (2019, accepté). Impact of HIV risk perception on both PrEP and condom use. *Journal of health psychology*
- Di Ciaccio, M.**, Puppo, C., & Préau, M. (In Press). La recherche communautaire : un lieu privilégié de mise en œuvre des méthodes mixtes. In A. Schweizer, M. del Rio Carral & M. Santiago-Delefosse (Eds.), *Les méthodes mixtes en psychologie. Analyses quantitatives et qualitatives : de la théorie à la pratique*. Paris : Dunod.
- Di Ciaccio, M.**, Protiere, C., Rojas Castro, D., Suzan-Monti, M., Chas, J., Cotte, L., Siguier, M., Cua, E., Spire, B., Molina, J-M., Preau, M., & the ANRS Ipergay Study Group. (2018). The ANRS Ipergay trial, an opportunity to use qualitative research to understand the perception of the « participant » physician relationship. *AIDS Care*. doi:10.1080/09540121.2018.1468013
- Di Ciaccio, M.**, Puppo, C., Rojas Castro, D., Tremblay, C., Cotte, L., Pialoux, G., Spire, B., Molina, J-M., Preau, M., & the ANRS IPERGAY Study Group. (2018). Accompagnement médical et communautaire dans un essai de prévention biomédicale : vers une nouvelle forme d'éducation du patient ? *Pratiques psychologiques*. doi: 10.1016/j.prps.2018.08.001

En cours de soumission:

- Di Ciaccio, M.**, Sagaon-Teyssier, L., Mimi, M., Suzan-Monti, M., Protiere, C., Rojas Castro, D., Meyer, L., Tremblay, C., Chidiac, C., Capitant, C., Preau, M., Molina, J-M., Spire, B., & the ANRS IPERGAY Study Group. (2019, demande de révisions majeures). Evolution of sexual behaviors in men who have sex with men: a comparison between the double-blind and open-label extension phases of the ANRS-IPERGAY trial. *AIDS & Behavior*
- Di Ciaccio, M.**, Fressard, L., Sagaon-Teyssier, L., Protiere, C., Rojas Castro, D., Meyer, L., Molina, J-M., Préau, M., Spire, B., & the ANRS IPERGAY Study Group. What are the situational and behavioural factors associated to the condomless sex without PrEP? Results from the ANRS-IPERGAY trial. Soumis. *AIDS Care*

Communications

Orales :

Internationales :

- Di Ciaccio, M.**, Mimi, M., Sagaon-Teyssier, L., Rojas Castro, D., Morel, S., Assoumou, L., Molina, J-M., Ghosn, J., Costagliola, D., Preau, M & Spire, B. (Juillet, 2019). Community-based counselling, a suitable complement to the patient-physician

relationship for PrEP users who find it difficult to communicate with physicians: results from the Prevenir study. Communication orale présentée à la 14^{ème} conférence AIDSImpact, London, Royaume-Uni.

Di Ciaccio, M., Puppo, C., Rojas Castro, D., Molina, J-M., Preau, M & Spire, B. (Juillet, 2019). Comparison between combined 'medical and community' support and therapeutic patient education: results from ANRS-IPERGAY trial. Communication orale présentée à la 14^{ème} conférence AIDSImpact, London, Royaume-Uni.

Di Ciaccio, M., Sagaon-Teyssier, L., Suzan-Monti, M., Mmadi mrenda, B., Meyer, L., Preau, M., Molina, J-M., & Spire, B. (Novembre, 2017). Factors influencing risk perception among Men who have Sex with Men during the ANRS-IPERGAY trial. Communication orale présentée à la 13^{ème} conférence AIDSImpact, Cape Town, Afrique du Sud.

Di Ciaccio, M., Suzan-Monti, M., Meyer, L., Spire, B., Molina, J-M., & Preau, M. (Novembre, 2017). Assessment of changes in the physician-participant relationship in the ANRS IPERGAY trial: a qualitative study. Communication orale présentée à la 13^{ème} conférence AIDSImpact, Cape Town, Afrique du Sud.

Internationales francophones :

Di Ciaccio, M., Spire, B., Preau, M. (Janvier, 2019). Facteurs psychosociaux liés au VIH. Communication orale présentée à la 4^{ème} conférence internationale d'infectiologie d'Oran (CIIO), Oran, Algérie.

Di Ciaccio, M., Suzan-Monti, M., Meyer, L., Molina, J-M., Spire, B., Preau, M., & Le groupe ANRS IPERGAY. (Juin, 2018). La relation « participant -médecin » dans le cadre d'une recherche communautaire. Communication orale présentée à la 10^{ème} conférence de l'AFPSA, Metz, France.

Di Ciaccio, M., & Preau, M. (Juin, 2018). La prise en compte de la qualité de vie sexuelle dans la prévention du VIH. Communication orale présentée à la 10^{ème} conférence de l'AFPSA, Metz, France.

Di Ciaccio, M., Protiere, C., Suzan-Monti, M., Rojas Castro, D., Meyer, L., Spire, B., Molina, J-M., Preau, M., & ANRS-IPERGAY study Group. (Avril, 2018). Relation « participant »-médecin dans l'essai ANRS-IPERGAY: le regard des médecins. Poster discussion présenté à la 9^{ème} conférence AFRAVIH, Bordeaux, France.

Affichées :

Internationales :

Di Ciaccio, M., Fressard, L., Sagaon-Teyssier, L., Protiere, C., Rojas Castro, D., Meyer, L., Molina, J-M., Préau, M., Spire, B., & the ANRS IPERGAY Study Group. (Juillet, 2019) What are the situational and behavioural factors associated to the condomless sex without PrEP? Results from the ANRS-IPERGAY trial. Poster présenté à la 14^{ème} conférence AIDSImpact, London, Royaume-Uni.

Di Ciaccio, M., Fressard, L., Sagaon-Teyssier, L., Suzan-Monti, M., Meyer, L., Rojas Castro, D., Cotte, L., Cua, E., Preau, M., Spire, B., Molina, J-M., & ANRS-IPERGAY study

group. (Juillet, 2018). Factors associated with condomless sex without PrEP among men who have sex with men enrolled in the ANRS-IPERGAY OLE. Poster présenté à la 22^{ème} conférence AIDS, Amsterdam, Pays-Bas.

Di Ciaccio, M., Sagaon-Teyssier, L., Suzan-Monti, M., Mmadi mrenda, B., Meyer, L., Capitant, C., Preau, M., Molina, J-M., & Spire, B., (Avril, 2018). Facteurs influençant la perception du risque chez les Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes (HSH) dans l'essai ANRS IPERGAY. Poster présenté à la 9^{ème} conférence AFRAVIH, Bordeaux, France.

Di Ciaccio, M., Sagaon-Teyssier, L., Suzan-Monti, M., Mmadi mrenda, B., Meyer, L., Preau, M., Molina, J-M., & Spire, B. (Juillet, 2017). Impact of risk perception trajectory on PrEP and condom use among Men who have Sex with Men during the Open label Extension of the ANRS IPERGAY study. Poster présenté à la 9^{ème} conférence Internationale AIDS Society (IAS), Paris, France.

Di Ciaccio, M., Suzan-Monti, M., Meyer, L., Spire, B., Molina, J-M., & Preau, M. (Juillet, 2017). Attitudes about PrEP among doctors who participated in ANRS IPERGAY trial: a qualitative study. Poster présenté à la 9^{ème} conférence Internationale AIDS Society (IAS), Paris, France.

Activités de recherche/scientifique

- Participation mensuelle aux séminaires de laboratoire du GrEPS, du SESSTIM ainsi qu'aux séminaires communs IHU-SESSTIM
- Participation mensuelle aux séminaires doctoraux du GRePS.
- Organisation des séminaires internes SanteRCom (2019)
- Bénévole à la 13^{ème} conférence internationale sur les représentations sociales (CIRS). Marseille, France.
- Membre du comité d'organisation du IX^{ème} congrès de L'AFPSA, Lyon, France.

Enseignements

- 2017-2018 : 64h **TD** « Psychologie Sociale » licence 2^{ème} année et « Méthode d'analyse Qualitative » licence 2^{ème} année. Université Lumière Lyon 2.
- 2016-2017 : 64h **TD** « Psychologie Sociale » licence 2^{ème} année et « Méthode d'analyse Quantitative » licence 3^{ème} année. Université Lumière Lyon 2
- 2015-2016 : 4h **CM** « Communication » et « Représentation de la maladie et de la douleur ». Ecole du personnel paramédical des armées (IFSI) 2^{ème} année de formation.