

PRÉVENTION ET TRAITEMENT DE L'INFECTION À VIH ET DES AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES CHEZ LES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC D'AUTRES HOMMES ET CHEZ LES PERSONNES TRANSGENRES

Recommandations pour une approche de santé publique

2011



World Health
Organization



UNAIDS
JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS

UNICEF
UNEP
UNFPA
UNODC
ILO
UNESCO
WHO
WORLD BANK

giz

in behalf of
Federal Ministry
for Economic Cooperation
and Development



**PRÉVENTION ET TRAITEMENT DE L'INFECTION À VIH ET
DES AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES
CHEZ LES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC D'AUTRES HOMMES
ET CHEZ LES PERSONNES TRANSGENRES**

Recommandations pour une approche de santé publique

2011

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS:

Prévention et traitement de l'infection à VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et chez les personnes transgenres : recommandations pour une approche de santé publique - 2011.

1.Homosexualité masculine. 2.Transsexualisme. 3.Infection à VIH. - ethnologie. 4.Maladies sexuellement transmissibles - ethnologie. 5.Comportement sexuel. 6.Comportement sexuel à risque - prévention et contrôle. 7.Partenaire sexuel. 8.Ligne directrice. I. Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 978 92 4 259791 2

(classification NLM: WC 503.71)

© Organisation mondiale de la Santé 2011

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS (www.who.int) ou peuvent être achetées auprès des Éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; courriel : bookorders@who.int . Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Éditions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé en Suisse

TABLE DES MATIÈRES

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS	5
REMERCIEMENTS	6
RÉSUMÉ D'ORIENTATION	9
1. CONTEXTE	16
2. CHAMP D'APPLICATION DE CES LIGNES DIRECTRICES	20
3. PRINCIPES DIRECTEURS	22
4. OBJECTIFS ET PUBLIC CIBLE	24
5. MÉTHODOLOGIE ET PROCESSUS	25
5.1 <i>Cadre GRADE</i>	25
5.2 <i>Processus</i>	26
6. COMMENT ADAPTER CES LIGNES DIRECTRICES	28
7. RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES	32
8. DONNÉES DISPONIBLES ET RECOMMANDATIONS TECHNIQUES	36
8.1. <i>Prévention de la transmission sexuelle</i>	36
8.1.1. Utilisation systématique du préservatif	36
8.1.2. Sérotriage	38
8.1.3. Circoncision	42
8.2. <i>Conseil et dépistage du VIH</i>	46
8.2.1. Conseil et dépistage du VIH	46
8.2.2. Conseil et dépistage du VIH à base communautaire liés à la prise en charge et au traitement	49
8.3. <i>Interventions visant à changer les comportements - Information, éducation et communication</i>	52
8.3.1. Interventions au niveau individuel visant à changer les comportements en vue de prévenir l'infection à VIH	52
8.3.2. Interventions au niveau de la communauté visant à changer les comportements en vue de prévenir l'infection à VIH	54
8.3.3. Stratégies ciblées basées sur Internet	57
8.3.4. Stratégies basées sur le marketing social	59
8.3.5. Stratégies de sensibilisation dans les lieux de rencontre de type commercial	62
8.4. <i>Consommation de drogues, prévention des infections véhiculées par le sang</i>	65
8.4.1. Interventions en santé mentale dans le cadre de la consommation de drogues	65
8.4.2. Réduction des méfaits en cas de consommation de drogues injectables	66
8.4.3. Injections sans risque pour les personnes transgenres qui utilisent des procédures pour acquérir les caractéristiques physiques de l'autre sexe	68
8.5. <i>Prise en charge et traitement de l'infection à VIH</i>	70
8.5.1. Traitement antirétroviral pour les HSH et les personnes transgenres vivant avec le VIH	70
8.5.2. Autres interventions de prévention et de prise en charge pour les HSH et les personnes transgenres vivant avec le VIH	72
8.6. <i>Prévention et prise en charge des autres infections sexuellement transmissibles</i>	75
8.6.1. Prise en charge syndromique des infections sexuellement transmissibles	75

8.6.2. Dépistage périodique des formes asymptomatiques d'infections urétrales et rectales à <i>N. gonorrhoeae</i> par (1) TAAN et (2) culture ; et dépistage périodique des formes asymptomatiques d'infections urétrales et rectales à <i>C. trachomatis</i> par TAAN	83
8.6.3. Dépistage périodique de la syphilis asymptomatique	87
8.6.4. Vaccination contre l'hépatite B	89
8.7. Note sur la prophylaxie pré-exposition par voie orale de l'infection à VIH	90
RÉFÉRENCES	93

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

ART	traitement antirétroviral
CDC	Centres de Lutte contre la Maladie (en anglais, <i>Centres for Disease Control and Prevention</i>)
GRADE	grade de l'examen, de l'élaboration et de l'évaluation des recommandations (en anglais, <i>Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation</i>)
HCDH	Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme
HSH	hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
IAS	International AIDS Society
IC	intervalle de confiance
INNTI	inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse
INTI	inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse
IP	inhibiteur de la protéase
IST	infection sexuellement transmissible
MSMGF	Forum mondial sur les HSH et le VIH (en anglais, <i>Global forum on MSM and HIV</i>)
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OR	odds ratio
PICO	« P » pour patient ou population ; « I » pour intervention concernée ; « C » pour comparaison ; et « O » pour résultat qui se dit <i>outcome</i> en anglais
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPrE	prophylaxie pré-exposition
RPR	test rapide à la réagine
RR	risque relatif
sida	syndrome d'immunodéficience acquise
TAAN	test d'amplification des acides nucléiques
VHB	virus de l'hépatite B
VIH	virus de l'immunodéficience humaine

REMERCIEMENTS

Universitaires

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, États-Unis d'Amérique – Caitlin Kennedy et Chris Beyrer, **State University of New York at Buffalo, États-Unis d'Amérique, et McMaster University, Canada** – Elie A. Akl, **University of California, San Francisco, États-Unis d'Amérique** – Andrew Anglemeyer, Hana Azman, Diane Binson, Tara Horvath et William Woods, **University of Cape Town, Afrique du Sud** – Charles Shey Wiysonge, **University of New South Wales, Australie** – Mary Poynten, **Universidad Peruana Cayetano Heredia, Pérou** – Carlos F. Caceres, Kelika A. Konda, Segundo Leon, Eddy Segura et Alfonso Silva Santisteban, **University of Pittsburgh, États-Unis d'Amérique** – Amy Herrick et Chongyi Wei

Personnes chargées de mettre en place les politiques

Family Health International, Thaïlande – Siroat Jittjang, **USAID/PEPFAR** – Billy Pick, **Centres de Lutte contre la Maladie (CDC), États-Unis d'Amérique** – Abu S. Abdul-Quader et Naomi Bock (bureau des États-Unis d'Amérique), Jeffrey Klausner (bureau de l'Afrique du Sud), Frits van Griensven (bureau de la Thaïlande), Wei Xiaoyu et Li Zhijun (bureau de la Chine)

Administrateurs de programmes nationaux

Ministère de la Santé, Indonésie – Victoria Indrawati et Nunung Pryatani, **Ministère de la Santé publique, Liban** – Mostafa El Nakib, **National Center for AIDS Prevention and Control, Chine** – Han Mengjie et Xu Jie

Société civile

Aids Fonds & Soa Aids, Pays-Bas – Ton Coenen, **AIDS Task Force of Fiji, Fidji** – Niraj Singh, **amfAR – The Foundation for AIDS Research, États-Unis d'Amérique** – Jirair Ratevosian, **Asia Pacific Coalition on Male Sexual Health, Thaïlande** – Steven Gu, **Brazilian Association for AIDS, Brésil** – Maria Cristina Pimenta Oliviera, **Center of Excellence for Transgender Health, États-Unis d'Amérique** – JoAnne Keatley, **Forum mondial sur les HSH et le VIH, États-Unis d'Amérique** – George Ayala, **Health4Men, Afrique du Sud** – Kevin Rebe, **HELEM, Liban** – George Azzi, **HISPANOSIDA, Espagne** – Michael Meulbroek et Ferran Pujol, **International Association of Physicians in AIDS Care, États-Unis d'Amérique** – Jose M. Zuniga, **International HIV/AIDS Alliance, Ukraine** – Anna Dovbakh, **Rainbow Sky Association, Thaïlande** – Kamolset Kanggarua

Arbitres scientifiques indépendants

University of New South Wales, Australie – Andrew Grulich, **The Naz Foundation Trust, Inde** –

Shivananda Khan, **Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Suisse** –
Andy Seale

Agences de l'ONU

Banque mondiale – Robert Oelrichs, **ONUSIDA** – Michael Bartos, John Hassell, Els Klinkert, Geoffrey Manthey, Jason Sigurdson, Mariangela Simao et Susan Timberlake, **PNUD** – Sam Avrett, Edmund Settle et Cheikh Traore

Siège et bureaux régionaux de l'OMS

Département Politique et coopération en matière de recherche – Cynthia Souza, **Département Santé et recherche génésiques** – Francis Ndowa et Igor Toskin, **Département Santé mentale et abus de substances psychoactives** – Nicolas Clark, **Département VIH/sida** – Rachel Baggaley, Andrew Ball, Kim Dickson, Andrew Doupe, Antonio Gerbase, Gottfried Hirschall, Ying-Ru Lo, Kevin O'Reilly, Keith Sabin, Julia Samuelson, Annette Verster et Marco Vitoria, **Réseau mondial pour la sécurité des injections** – Selma Khamassi, **Bureau régional pour l'Afrique** – Innocent Ntaganira, **Bureau régional pour l'Asie du Sud-Est** – Iyanthi Abeyewickreme et Gary Reid, **Bureau régional pour l'Europe** – Martin Donoghoe et Smiljka de Lussigny, **Bureau régional pour la Méditerranée orientale** – Joumana Hermez, **Bureau régional pour le Pacifique occidental** – Pengfei Zhao, **Bureau régional pour les Amériques** – Rafael Mazin.

Coordination générale

Antonio Gerbase et Ying-Ru Lo du Département VIH/sida, OMS, Genève, Suisse.

Cette version préliminaire a été écrite par Carlos F. Caeres de Universidad Peruana Cayetano Heredia, Pérou. Le présent document a été finalisé par Antonio Gerbase, Ying-Ru Lo et Michelle Rodolphe du Département VIH/sida, OMS, Suisse. Le texte a été révisé par Bandana Malhotra.

Financements et déclarations d'intérêt

L'élaboration de ces lignes directrices a été financée par *BACKUP Initiative* de la *Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit* (GIZ) d'Allemagne grâce à des fonds du Ministère fédéral allemand de la Coopération Économique et du Développement (BMZ) et par *Emergency Plan for AIDS Relief* du Président des États-Unis d'Amérique (PEPFAR) par le biais des Centres de Lutte contre la Maladie (CDC) et de l'AID des États-Unis d'Amérique (USAID).

Chaque membre de chaque groupe de travail sur les lignes directrices a rempli un formulaire de déclaration d'intérêt. Deux personnes ont fait une déclaration d'intérêt. Le Dr Jeffrey Klausner a déclaré avoir reçu une aide à la recherche sous forme de dons de kit de test (qui ont cessé en 2008) de la part des laboratoires *Becton-Dickinson and Company*, *GenProbe* et *Roche*. Après évaluation, le Secrétariat de l'OMS a conclu que cet intérêt n'était pas une condition suffisante pour empêcher le Dr Klausner de participer aux réunions. Le Dr Andrew Grulich a déclaré avoir reçu de la part de *CSL Biotherapies* des fonds pour effectuer des activités de recherche et des voyages. Après évaluation, le Secrétariat de l'OMS a conclu que cet intérêt n'était pas une condition suffisante pour empêcher le Dr Grulich de participer à l'élaboration des lignes directrices.

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

Depuis le commencement de l'épidémie au début des années 1980, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) et les personnes transgenres ont été touchés de manière disproportionnée par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Chez eux, le risque d'infection reste aujourd'hui encore élevé ; et une résurgence de l'infection à VIH a été observée chez les HSH, en particulier dans les pays industrialisés. Par ailleurs, des données commencent à révéler de nouvelles épidémies d'infection à VIH, ou des épidémies nouvellement identifiées, chez les HSH d'Afrique, d'Asie, des Caraïbes et d'Amérique latine.

Une méta-analyse de données de surveillance provenant de pays à revenu faible ou intermédiaire a retrouvé que les HSH ont un risque 19,3 fois plus élevé d'être infectés par le VIH que les personnes de la population générale. D'après les données disponibles, la prévalence de l'infection à VIH chez les HSH varie de 0 % à 32,9 %, avec des taux dépassant 20 % dans des pays aussi différents que l'État plurinational de Bolivie, la Jamaïque, le Mexique, le Myanmar, la Thaïlande, la Trinité et la Zambie. Chez les HSH, l'incidence de l'infection à VIH varie de 1,2 à 14,4 pour 100 personnes-années. Des études récentes menées en Afrique subsaharienne ont retrouvé chez les HSH une prévalence de l'infection à VIH variant de 6 % à 31 %. En Asie, la probabilité d'être infecté par le VIH est 18,7 fois plus élevée chez les HSH que dans la population générale ; et la prévalence de l'infection à VIH varie de 0 % à 40 %. En Amérique latine, on estime que la moitié de toutes les infections à VIH de la région sont le résultat de rapports anaux non protégés entre des hommes.

Les rares études épidémiologiques réalisées chez des personnes transgenres ont montré une prévalence et une incidence anormalement élevées de l'infection à VIH, comprises respectivement entre 8 % et 68 %, et entre 3,4 et 7,8 pour 100 personnes-années. Il est important de noter que les facteurs sous-jacents associés au risque d'infection à VIH ou d'IST chez les personnes transgenres, ainsi que leurs besoins spécifiques en matière de santé sexuelle, peuvent être différents de ceux existant chez les HSH. Les mêmes interventions de base de prévention de l'infection à VIH et des IST peuvent être indiquées pour chacun de ces deux groupes ; les personnes travaillant dans le domaine de la santé publique doivent cependant éviter de faire un amalgame entre ces deux groupes et tenter d'avoir une compréhension plus nuancée des besoins spécifiques de chacun d'entre eux.

Parmi les principaux facteurs contribuant à la vulnérabilité des HSH et des personnes transgenres à l'infection à VIH, on compte la criminalisation et les obstacles juridiques et politiques. Le fait d'avoir des activités sexuelles avec des personnes de même sexe est actuellement un crime dans plus de 75 pays. Et dans la plupart des pays, les personnes transgenres n'ont pas de reconnaissance légale.

Ces conditions légales forcent les HSH et les personnes transgenres à prendre le risque de sanctions pénales s'ils veulent discuter de leur niveau de risque sexuel avec un prestataire de service. Elles donnent aussi à la police le pouvoir de harceler les organisations qui fournissent de tels services à ces populations.

Des données indiquent depuis longtemps que l'accès des HSH et des personnes transgenres à des soins de santé de qualité est limité par d'importants obstacles, du fait de la stigmatisation généralisée contre l'homosexualité et de l'ignorance de la question des personnes ayant une identité de genre différente de leur sexe anatomique, que ce soit dans la société en général ou au sein des systèmes de santé. Dans différents types de contextes, la discrimination sociale subie par les HSH et les personnes transgenres a également été décrite comme un facteur déterminant de mauvais résultats en matière de santé physique et mentale pour ces populations. En plus d'être frappés de façon disproportionnée par les IST et l'infection à VIH, les HSH et les personnes transgenres connaissent un taux plus élevé de dépression, d'anxiété, de tabagisme, d'abus d'alcool, de consommation de drogues et de suicide du fait d'un stress chronique, d'un isolement social et de l'absence de connexion avec toute une gamme de services de santé et de soutien.

Du point de vue des systèmes de santé, les HSH et les personnes transgenres tardent parfois à consulter pour obtenir des informations, des soins ou des services concernant l'infection à VIH ou les IST, ou évitent de le faire, du fait de l'homophobie, de la transphobie, de l'ignorance et du manque de sensibilité qu'ils ressentent à leur endroit. Les HSH et les personnes transgenres sont parfois peu disposés à révéler dans les établissements de santé leur orientation sexuelle et certains autres comportements liés à la santé, alors que le partage de ces informations pourrait encourager les discussions entre le prestataire et le patient et aider à la future prise de décisions cliniques. Les prestataires ressentiront souvent un manque d'objectivité quand leurs propres inclinations culturelles, morales ou religieuses, vont à l'encontre de ce que le patient rapporte sur son orientation sexuelle, ses comportements ou son identité de genre. De plus, des enquêtes sur le niveau de connaissance des médecins, infirmières et autres prestataires de soins sur les questions de santé spécifiques aux HSH et aux personnes transgenres, ont montré que le programme de formation clinique, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, ne permet pas de pallier à ce déficit de connaissances.

Malgré l'impact important de l'épidémie d'infection à VIH sur les HSH et les personnes transgenres, aucune recommandation technique n'a à ce jour été élaborée pour guider la riposte des systèmes de santé afin d'enrayer l'épidémie qui frappe ces populations. En septembre 2008, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a tenu à Genève, en Suisse, une consultation mondiale sur « La prévention et le traitement de l'infection à VIH et des autres infections sexuellement transmissibles

(IST) chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les populations transgenres ». Les recommandations formulées lors de cette consultation mondiale et lors de consultations régionales de l'OMS ont mis en avant la nécessité d'élaborer des lignes directrices pour fournir un ensemble d'interventions à mettre en œuvre par le secteur de la santé, basées sur des données factuelles, pour prévenir et traiter l'infection à VIH et les autres IST chez les HSH et les personnes transgenres.

Ces lignes directrices ont été conçues pour une utilisation par les responsables nationaux de la santé publique et les administrateurs de programmes de lutte contre le VIH, le sida et les IST, par les organisations non gouvernementales (ONG), y compris les organisations communautaires et de la société civile, ainsi que par le personnel de santé. Elles peuvent aussi intéresser les organismes internationaux de financement, les médias scientifiques, les responsables de l'élaboration des politiques de santé et les militants.

Ces lignes directrices fourniront aux partenaires appuyant les régions et les pays des recommandations sur des interventions appropriées conçues pour répondre aux besoins des HSH et des personnes transgenres. Elles permettent aussi d'attirer l'attention et d'insister sur la corrélation entre prévention et traitement dans la riposte à l'épidémie d'infection à VIH chez les HSH et les personnes transgenres, au regard notamment des données de plus en plus nombreuses tendant à démontrer l'effet préventif du traitement antirétroviral (TAR). Une diminution sensible de la transmission au niveau de la population pourrait en résulter.

L'élaboration de ce document a suivi le protocole normalisé en vigueur à l'Organisation mondiale de la Santé pour la production de recommandations basées sur des données factuelles* : l'approche GRADE (Grade de l'examen, de l'élaboration et de l'évaluation des recommandations ; en anglais, *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*). Ces recommandations sont proposées comme une norme de prévention et de prise en charge susceptible d'être adoptée en situation de ressources limitées. L'OMS recommande que ces orientations soient également disponibles pour les HSH et les personnes transgenres dans les pays à revenu élevé.

Le principe fondamental *de respect et de protection des droits l'homme* a été suivi lors de l'élaboration de ces lignes directrices.

* Une recommandation est « forte » quand les effets souhaités obtenus lors de l'observance de cette recommandation l'emportent sur les effets indésirables.

Une recommandation est qualifiée de « soumise à conditions » quand les effets souhaités obtenus lors de l'observance de cette recommandation l'emportent probablement sur les effets indésirables. Cependant, il existe peu de données pour étayer cette recommandation.

**Recommandations sur les droits de l'homme et
l'absence de discrimination dans les établissements de santé**

1. Les législateurs et les autres autorités gouvernementales doivent établir et appliquer des lois antidiscriminatoires et protectrices, établies en fonction des normes internationales en matière de droits de l'homme, afin d'éliminer la stigmatisation, la discrimination et la violence subie par les HSH et les personnes transgenres, et de réduire leur vulnérabilité à l'infection à VIH ainsi que l'impact du VIH et du sida.
2. Les services de santé doivent être ouverts aux HSH et aux personnes transgenres, suivant les principes d'éthique médicale et le droit à la santé.

Recommandations sur la prévention, la prise en charge et le traitement de l'infection à VIH

Prévention de la transmission sexuelle

3. Chez les HSH et les personnes transgenres, il est fortement recommandé d'utiliser systématiquement des préservatifs lors des rapports anaux, plutôt que de ne pas utiliser de préservatifs.
Recommandation forte, données de qualité moyenne
4. Chez les HSH et les personnes transgenres séronégatifs, il est fortement recommandé d'utiliser systématiquement des préservatifs plutôt que le sérotriage.
Recommandation forte, données de très faible qualité

Chez les HSH et les personnes transgenres séronégatifs, il est suggéré, dans certaines circonstances particulières, d'utiliser le sérotriage comme stratégie de réduction des méfaits, plutôt que de ne pas utiliser de préservatifs.
Recommandation soumise à conditions, données de très faible qualité
5. Chez les HSH et les personnes transgenres, il est suggéré de ne pas proposer la circoncision pour prévenir l'infection à VIH et les IST, plutôt que de proposer cette intervention. *Recommandation soumise à conditions, données de très faible qualité*

Dépistage et conseil du VIH

6. Il est fortement recommandé de proposer aux HSH et aux personnes transgenres un conseil et

un dépistage du VIH, plutôt que de ne pas proposer cette intervention.

Recommandation forte, données de faible qualité

7. Il est suggéré de proposer aux HSH et aux personnes transgenres un conseil et un dépistage du VIH à base communautaire liés à la prise en charge et au traitement, plutôt que de ne pas proposer de tels programmes.

Recommandation forte, données de très faible qualité

Interventions visant à changer les comportements - Information, éducation et communication

8. Il est suggéré de mettre en œuvre des interventions au niveau individuel visant à changer les comportements en vue de prévenir l'infection à VIH et les IST chez les HSH et les personnes transgenres, plutôt que de ne pas mettre en œuvre ce type d'interventions.

Recommandation soumise à conditions, données de qualité moyenne

9. Il est suggéré de mettre en œuvre des interventions au niveau de la communauté visant à changer les comportements en vue de prévenir l'infection à VIH et les IST chez les HSH et les personnes transgenres, plutôt que de ne pas mettre en œuvre ce type d'interventions.

Recommandation soumise à conditions, données de faible qualité

10. Il est suggéré de proposer des informations ciblées basées sur Internet en vue de diminuer les comportements à risque et d'augmenter le recours au conseil et au dépistage du VIH et des IST chez les HSH et les personnes transgenres, plutôt que de ne pas proposer ces informations.

Recommandation soumise à conditions, données de très faible qualité

11. Il est suggéré d'utiliser des stratégies de marketing social en vue d'augmenter le recours au conseil et au dépistage du VIH et des IST chez les HSH et les personnes transgenres, plutôt que de ne pas utiliser ces stratégies.

Recommandation soumise à conditions, données de très faible qualité

12. Il est suggéré de mettre en œuvre des stratégies de sensibilisation dans les lieux de rencontre de type commercial en vue de diminuer les comportements à risque chez les HSH et les personnes transgenres et d'augmenter leur recours au conseil et au dépistage du VIH et des IST, plutôt que de ne pas mettre en œuvre ce type de stratégies.

Recommandation soumise à conditions, données de très faible qualité

Consommation de drogues, prévention des infections véhiculées par le sang

13. Les HSH et les personnes transgenres consommateurs d'alcool et d'autres substances nocives doivent avoir accès à des interventions psychosociales brèves basées sur des données factuelles et comprenant une évaluation, ainsi qu'une rétro-information spécifique et des conseils.

Conforme aux orientations existantes de l'OMS

14. Les HSH et les personnes transgenres consommateurs de drogues injectables doivent avoir accès aux programmes de distribution d'aiguilles et de seringues et au traitement de substitution aux opiacés.

Conforme aux orientations existantes de l'OMS

15. Les personnes transgenres qui s'injectent des substances pour acquérir les caractéristiques physiques de l'autre sexe doivent utiliser du matériel d'injection stérile et respecter des pratiques d'injection sans risque pour réduire le risque d'infection par des agents pathogènes véhiculés par le sang comme le VIH, le virus de l'hépatite B et le virus de l'hépatite C.

Conforme aux orientations existantes de l'OMS

Prise en charge et traitement de l'infection à VIH

16. Les HSH et les personnes transgenres vivant avec le VIH doivent avoir le même accès au TAR que toute autre population. Le TAR doit être commencé lorsque le nombre de CD4 est ≤ 350 cellules/mm³ (et chez les personnes présentant un stade clinique de l'OMS 3 ou 4 si le test de numération des CD4 n'est pas disponible). Ils doivent également avoir accès à une prise en charge des infections opportunistes, des co-morbidités et des échecs thérapeutiques.

Conforme aux orientations existantes de l'OMS

17. Les HSH et les personnes transgenres vivant avec le VIH doivent avoir accès aux interventions essentielles pour prévenir la maladie et la transmission du VIH, notamment, mais non exclusivement, à une prise en charge, à un soutien et au traitement antirétroviral.

Conforme aux orientations existantes de l'OMS

Recommandations sur la prévention et la prise en charge des autres infections sexuellement transmissibles

18. Les HSH et les personnes transgenres présentant une IST symptomatique doivent consulter pour une prise en charge syndromique et un traitement.

Conforme aux orientations de l'OMS

19. Chez les HSH et les personnes transgenres, il est suggéré de proposer un dépistage périodique par TAAN à la recherche des infections urétrales et rectales asymptomatiques à *N. gonorrhoeae* et à *C. trachomatis*, plutôt que de ne pas proposer ce type de dépistage.

Recommandation soumise à conditions, données de faible qualité

Chez les HSH et les personnes transgenres, il est suggéré de ne pas proposer de dépistage périodique par culture à la recherche des infections urétrales et rectales asymptomatiques à *N. gonorrhoeae* et à *C. trachomatis*, plutôt que de proposer ce type de dépistage.

Recommandation soumise à conditions, données de faible qualité

20. Chez les HSH et les personnes transgenres, il est fortement recommandé de proposer un dépistage sérologique périodique de la syphilis asymptomatique, plutôt que de ne pas proposer ce type de dépistage.

Recommandation forte, données de qualité moyenne

21. Là où la couverture vaccinale des nourrissons n'est pas encore complète, les HSH et les personnes transgenres doivent être inclus dans les stratégies de vaccination de rattrapage contre le VHB.

Conforme aux orientations existantes de l'OMS

1. CONTEXTE

Épidémiologie

Depuis le commencement de l'épidémie au début des années 1980, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) et les personnes transgenres ont été touchés de manière disproportionnée par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Chez eux, le risque d'infection reste aujourd'hui encore élevé ; et une résurgence de l'infection à VIH a été observée chez les HSH, en particulier dans les pays industrialisés.^{1,2,3} Par ailleurs, des données commencent à révéler de nouvelles épidémies d'infection à VIH, ou des épidémies nouvellement identifiées, chez les HSH d'Afrique, d'Asie, des Caraïbes et d'Amérique latine.⁴

Une méta-analyse de données de surveillance provenant de pays à revenu faible ou intermédiaire a retrouvé que les HSH ont un risque 19,3 fois plus élevé d'être infectés par le VIH que les personnes de la population générale.⁵ D'après les données disponibles, la prévalence de l'infection à VIH chez les HSH varie de 0 % à 32,9 %, avec des taux dépassant 20 % dans des pays aussi différents que l'État plurinational de Bolivie, la Jamaïque, le Mexique, le Myanmar, la Thaïlande, la Trinité et la Zambie.^{4,5,6} Chez les HSH, l'incidence de l'infection à VIH varie de 1,2 à 14,4 pour 100 personnes-années.^{4,7,8} Des études récentes menées en Afrique subsaharienne ont retrouvé chez les HSH une prévalence de l'infection à VIH variant de 6 % à 31 %, et une incidence de 21,7 pour 100 personnes-années dans une cohorte de petite taille d'HSH (n=156) de la région côtière du Kenya.^{9,10,11,12,13} En Asie, la probabilité d'être infecté par le VIH est 18,7 fois plus élevée chez les HSH que dans la population générale ; et la prévalence de l'infection à VIH varie de 0 % à 40 %.^{5,10} En Amérique latine, on estime que la moitié de toutes les infections à VIH de la région sont le résultat de rapports anaux non protégés entre des hommes.³

Les rares études épidémiologiques réalisées chez des personnes transgenres ont montré une prévalence et une incidence anormalement élevées de l'infection à VIH, comprises respectivement entre 8 % et 68 %, et entre 3,4 et 7,8 pour 100 personnes-années.^{17,18} Il est important de noter que les facteurs sous-jacents associés au risque d'infection à VIH ou d'IST chez les personnes transgenres, ainsi que leurs besoins spécifiques en matière de santé sexuelle, peuvent être différents de ceux existant chez les HSH. Les mêmes interventions de base de prévention de l'infection à VIH et des IST peuvent être indiquées pour chacun de ces deux groupes ; les personnes travaillant dans le domaine de la santé publique doivent cependant éviter de faire un amalgame entre ces deux groupes et tenter d'avoir une compréhension plus nuancée des besoins spécifiques de chacun d'entre eux.

Pour stopper et inverser les épidémies au niveau de la population, il est essentiel d'élargir suffisamment dans le monde entier les services destinés aux principales populations à risque d'infection à VIH*, en particulier en cas d'épidémies concentrées. Ces populations sont souvent marginalisées, stigmatisées et criminalisées, ce qui entrave les actions entreprises dans leur direction. Malgré leur grande vulnérabilité, il est fréquent que leurs besoins soient ignorés par la société et que ces besoins ne soient pas pris en charge par les services de santé.

Définitions

Le concept d'*hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes* est un concept large de santé publique utilisé pour définir les comportements sexuels des personnes de sexe masculin ayant des rapports sexuels avec d'autres personnes de sexe masculin, indépendamment des motifs les incitant à avoir des rapports sexuels et de l'identification avec une quelconque « communauté ».¹⁹ L'interprétation des mots « homme » et « sexe » varie selon les cultures et les sociétés, et selon les personnes concernées. En conséquence, le terme HSH s'applique à des situations et des contextes très divers où des personnes de sexe masculin ont des rapports sexuels avec d'autres personnes de sexe masculin. L'une des distinctions les plus importantes à faire est peut-être celle entre les hommes ayant une identité non-hétérosexuelle (c'est-à-dire une identité gay, homosexuelle, bisexuelle ou se rapportant à d'autres concepts propres à certaines cultures et où l'on retrouve une attraction vers d'autres hommes) et les hommes qui se considèrent comme hétérosexuels mais qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes pour des raisons diverses (ex. : isolement, compensation économique, désir sexuel, idéaux types de genre).²⁰ Les situations de ségrégation forcée en fonction du genre (ex. : prisons, établissements militaires) sont un cadre fréquent d'activités sexuelles entre personnes de sexe masculin sans lien avec une identité homosexuelle. Dans les prisons, le risque de transmission du VIH est très élevé du fait des conditions d'incarcération, notamment des violations des droits de l'homme et du manque d'accès aux préservatifs.²¹

Transgenre est un terme générique pour les personnes dont l'identité et l'expression de genre ne sont pas conformes aux normes et aux attentes traditionnellement associées au sexe qui leur a été assigné à la naissance. Une *personne transgenre* peut s'identifier elle-même comme étant transgenre, personne de sexe féminin, personne de sexe masculin, femme trans, homme trans, transsexuelle,

* Ces principales populations sont définies dans la stratégie mondiale de l'OMS pour le secteur de la santé sur le VIH/sida de 2011 à 2015 pour inclure à la fois les populations vulnérables et les populations les plus à risque. Ces populations jouent un rôle important dans les dynamiques de transmission du VIH dans une situation donnée et sont des partenaires essentiels pour une riposte efficace à l'épidémie.

hijra, kathoey, waria ou l'une des nombreuses autres identités transgenres, et peut exprimer son genre sous des formes masculines, féminines et/ou androgynes très variées.^{5,22} Dans le contexte de la prévention de l'infection à VIH, les personnes transgenres faisaient jusqu'à récemment partie des HSH. Il y a cependant une nette tendance à ne plus inclure les personnes transgenres dans la population des HSH. Ceci pour tenir compte de la grande vulnérabilité et des besoins de santé spécifiques des personnes transgenres, et répondre à leur exigence justifiée d'avoir un statut de groupe indépendant dans la riposte mondiale au VIH.²³

Sexualité et risque sexuel

L'un des principaux problèmes rencontrés lors de la planification en vue d'élargir l'accès aux services pour les HSH et les personnes transgenres vient du fait qu'on présume souvent qu'ils composent une communauté homogène, alors qu'ils forment en réalité un éventail hétérogène d'identités et de manières de s'associer pour des raisons sociales ou avoir des rapports sexuels. Ces différences sont importantes en termes de conséquences pour le risque d'infection à VIH et la vulnérabilité à ce virus ; elles doivent être prises en considération lorsque les ressources sont rares afin de s'assurer que les mesures prises bénéficient en premier à ceux qui en ont le plus besoin.²⁴ Dans certains cas, les dynamiques sexuelles retrouvées dans certains sous-groupes d'HSH ou de personnes transgenres sont à l'origine de différences importantes en matière de risque ; cela est par exemple le cas pour les hommes féminisés ou les personnes identifiées comme transgenres qui ont des rapports sexuels avec des hommes identifiés comme hétérosexuels dans le Sud-Est asiatique²⁵ et, dans une certaine mesure, en Amérique latine.²⁶ Les risques sexuels ainsi que les options de réduction des risques ne sont pas les mêmes pour ces différents sous-groupes, les risques associés aux rapports anaux passifs étant plus élevés que ceux associés aux rapports anaux actifs.^{9,27} De même, le contrôle de l'utilisation du préservatif revient plus souvent au partenaire actif, notamment si les négociations menées par le partenaire passif pour son utilisation sont entravées par des questions de genre ou de dynamique de pouvoir.^{9,28}

La programmation pour les HSH et les personnes transgenres implique donc de reconnaître et de comprendre leur diversité, et d'identifier les besoins spécifiques à chaque sous-groupe. Une programmation pertinente consiste à utiliser une combinaison appropriée de stratégies et d'approches, et à donner la priorité aux groupes qui en ont le plus besoin sans pour autant négliger les autres, afin d'atteindre dans les faits un accès universel.

Pourquoi ce document est nécessaire

Malgré l'impact important de l'épidémie d'infection à VIH sur les HSH et les personnes transgenres, aucune recommandation technique n'a à ce jour été élaborée pour guider la riposte des systèmes de santé afin d'enrayer l'épidémie qui frappe ces populations. En septembre 2008, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a tenu à Genève, en Suisse, une consultation mondiale sur « La prévention et le traitement de l'infection à VIH et des autres infections sexuellement transmissibles (IST) chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les populations transgenres ». ²⁹ Les recommandations formulées lors de cette consultation mondiale et lors de consultations régionales de l'OMS ^{30, 31, 32} ont mis en avant la nécessité d'élaborer des lignes directrices pour fournir un ensemble d'interventions à mettre en œuvre par le secteur de la santé, basées sur des données factuelles, pour prévenir et traiter l'infection à VIH et les autres IST chez les HSH et les personnes transgenres.

L'élaboration de ces lignes directrices a été jugée nécessaire pour de nombreuses raisons, notamment pour les raisons suivantes :

1. Malgré une charge de morbidité élevée, la riposte mondiale au VIH chez les HSH et les personnes transgenres est insuffisante.
2. L'OMS est souvent sollicitée par les régions et les pays afin de fournir des orientations pour des recommandations appropriées de santé publique en matière de prévention et de traitement de l'infection à VIH et des autres IST chez les HSH et les personnes transgenres ; cette demande s'est accrue ces dernières années car il s'est développé un intérêt certain pour répondre aux besoins de ces populations et pour financer cette réponse.
3. La qualité et la pertinence de différentes interventions de prévention et de prise en charge de l'infection à VIH et des IST pour les HSH et les personnes transgenres demeurent un important sujet de controverse ; cependant, aucun examen systématique des interventions disponibles aux différents niveaux n'a été mené à ce jour.

Au vu de ces éléments, le *Cadre d'action de l'ONUSIDA sur l'accès universel pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes transsexuelles* (ONUSIDA, 2009) a établi que le rôle de l'OMS était de fournir des orientations techniques pour la riposte du secteur de la santé. ¹⁵

Ces orientations fourniront un cadre général d'action pour assurer un environnement favorable et comprendront un ensemble de recommandations basées sur des données factuelles.

2. CHAMP D'APPLICATION DE CES LIGNES DIRECTRICES

Le champ d'application de ces lignes directrices concerne principalement la prévention et le traitement de l'infection à VIH et des autres IST chez les HSH et les personnes transgenres. On y trouve des recommandations basées sur des données factuelles, un résumé et un score des données disponibles, une discussion sur les questions de mise en œuvre et les principales lacunes dans le domaine de la recherche. Les orientations données dans ce document mettent particulièrement l'accent sur les pays à revenu faible ou intermédiaire ; l'OMS recommande cependant qu'elles soient aussi disponibles pour les HSH et les personnes transgenres dans les pays à revenu élevé.

Ce document présente deux *recommandations de bonnes pratiques* qui sont axées sur la création d'un environnement favorable à la reconnaissance et à la protection des droits de l'homme pour les HSH et les personnes transgenres. Si cette condition n'est pas remplie, il sera difficile de mettre en œuvre des recommandations techniques plus spécifiques.

Le premier ensemble de recommandations techniques spécifiques porte principalement sur la prévention de la transmission sexuelle. Les données disponibles sur l'efficacité de l'utilisation systématique du préservatif lors de rapports anaux ont été examinées. Ce document traite également des données concernant l'efficacité du sérotriage sur la réduction du risque d'infection à VIH, l'un des différents comportements de séroadaptation qui impliquent une pratique sélective de rapports anaux non protégés avec certains partenaires en fonction d'un statut sérologique concordant pour l'infection à VIH ; il traite aussi de l'efficacité de la circoncision.³³

Le deuxième ensemble de recommandations est axé sur l'intervention associant conseil et dépistage du VIH, qui doit être considérée comme une intervention de santé publique destinée à accroître l'accès à la prise en charge et au traitement. Ces recommandations soulignent également les synergies qui existent entre traitement et prévention.

Le troisième ensemble de recommandations est axé sur l'information, l'éducation et la communication pour promouvoir les rapports sexuels protégés, le conseil et le dépistage du VIH et/ou le partage du statut sérologique, lorsqu'il y a lieu, afin d'élargir l'accès à la prise en charge de l'infection à VIH. Les données disponibles portant sur les interventions comportementales (au niveau individuel et au niveau communautaire) sont examinées. Enfin, cette partie traite également de

l'utilisation de stratégies utilisant les nouveaux moyens de communication (à savoir les programmes basés sur Internet, le marketing social et la sensibilisation dans les lieux de rencontre de type commercial) pour parvenir à des objectifs similaires.

Le quatrième ensemble de recommandations est axé sur d'autres stratégies de prévention de l'infection à VIH, en relation avec la consommation de drogues (notamment la santé mentale ainsi que les interventions de réduction des méfaits) et la sécurité des injections pour les personnes transgenres.

Le cinquième ensemble de recommandations est axé sur les HSH et les personnes transgenres vivant avec le VIH ; il couvre la prise en charge et le traitement de l'infection à VIH, ainsi que les autres interventions de prise en charge et de traitement.

Enfin, le sixième ensemble de recommandations porte sur la prévention et la prise en charge des IST, notamment sur l'utilisation de certains aspects spécifiques de la prise en charge syndromique des IST, dont un algorithme de prise en charge des infections anales, les procédures de dépistage standards pour détecter les infections asymptomatiques bactériennes anales et urétrales, et la vaccination contre l'hépatite B.

3. PRINCIPES DIRECTEURS

L'approche de santé publique

L'approche de santé publique comprend l'utilisation systématique d'informations stratégiques et de la lutte contre l'épidémie afin d'assurer une réduction de la propagation du VIH. Elle doit être utile aux groupes les plus touchés ainsi qu'aux autres membres de la population. Une approche de santé publique cible son objectif avec précision ; la riposte qu'elle génère est fonction de la localisation, de l'ampleur et des tendances de l'épidémie d'infection à VIH. Des organismes, des acteurs et des professionnels nombreux et variés interviennent sur les besoins des HSH et des personnes transgenres en matière de prévention de l'infection à VIH. Ce document peut permettre d'accroître la capacité collective à améliorer les résultats obtenus dans la prévention, le traitement et la prise en charge à différents niveaux individuels, communautaires et sociétaux.

Cadre des droits de l'homme

Le cadre global dans lequel ont été élaborées ces lignes directrices a été fourni par le *Cadre d'action de l'ONUSIDA sur l'accès universel pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes transsexuelles*. Celui-ci se base sur les grands principes des droits de l'homme qui ont été repris dans un certain nombre d'accords internationaux.¹⁵

Santé globale

Ces lignes directrices sont centrées sur la prévention et le traitement de l'infection à VIH et des IST ; elles s'écartent donc du principe des soins de santé globaux.¹⁶ Ceci est particulièrement important dans le contexte d'exclusion sociale où se trouvent les HSH et les personnes transgenres, lesquels ne disposent parfois que de services en rapport avec les IST et l'infection à VIH ; ils demeurent exclus de l'accès aux autres services, ou cet accès est limité par une stigmatisation, une discrimination et une criminalisation omniprésentes.³⁴ L'épidémie de VIH a aidé les systèmes de santé à reconnaître l'existence des HSH et des personnes transgenres, et à répondre à leurs besoins en matière d'infection à VIH et d'IST. Toutefois, chacune de ces deux populations présente toute une gamme de besoins de santé qui doivent être pris en compte, y compris des préoccupations concernant leur santé mentale et leur bien-être émotionnel.

Les orientations données dans ce document portent principalement sur la prévention et le traitement de l'infection à VIH et des IST, et traitent également d'autres questions connexes de santé

en conformité avec le mandat qui a conduit à leur élaboration par l'OMS. Les systèmes de santé doivent tenir compte de la nécessité d'intégrer les services et les activités en rapport avec l'infection à VIH et les IST dans les autres services de santé afin que la « santé pour tous » puisse s'appliquer totalement et intégralement à ces groupes et à ces populations.

Santé sexuelle

L'OMS définit la santé sexuelle comme : « ... un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités. La santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans contrainte, discrimination et violence. Pour atteindre et maintenir un bon état de santé sexuelle, les droits sexuels de tous les individus doivent être respectés, protégés et satisfaits ». ³⁵

Bien que ces lignes directrices portent principalement sur la prévention et le traitement de l'infection à VIH et des IST chez les HSH et les personnes transgenres, les activités en rapport avec ces infections s'inscrivent ici dans le cadre d'une approche de santé sexuelle. Ceci est particulièrement pertinent pour les HSH et les personnes transgenres, dont les droits sexuels sont, dans de nombreuses régions du monde, rarement respectés et encore plus rarement protégés et satisfaits. ¹⁰

4. OBJECTIFS ET PUBLIC CIBLE

L'objectif de ce document est de fournir des recommandations techniques sur la prévention et le traitement de l'infection à VIH et des autres IST chez les HSH et les personnes transgenres. Ces lignes directrices ont été conçues pour une utilisation par les responsables nationaux de la santé publique et les administrateurs de programmes de lutte contre le VIH, le sida et les IST, par les organisations non gouvernementales (ONG), y compris les organisations communautaires et de la société civile, ainsi que par le personnel de santé. Elles peuvent aussi intéresser les organismes internationaux de financement, les médias scientifiques, les responsables de l'élaboration des politiques de santé et les militants.

De nombreuses parties prenantes ont commencé à reconnaître la nécessité de s'attaquer plus sérieusement aux épidémies frappant les HSH et les personnes transgenres, y compris aux épidémies survenant dans un contexte d'épidémie généralisée. Il est donc particulièrement important de baser la riposte sur des recommandations techniques. Suite à la production de ce document, des mesures seront prises pour diffuser ses principaux messages et ses principales stratégies afin, le cas échéant et/ou si nécessaire, d'examiner, de tester, et d'adapter ces messages et ces stratégies au niveau local et de former le personnel sur le terrain.

5. MÉTHODOLOGIE ET PROCESSUS

5.1 Cadre GRADE

Pour l'élaboration et l'examen de recommandations, l'OMS utilise l'approche GRADE.³⁶ Les étapes initiales ont porté sur l'identification des principaux thèmes à couvrir, la formulation de questions en format PICO (« P » pour patient ou population ; « I » pour intervention concernée ; « C » pour comparaison ; et « O » pour résultat qui se dit *outcome* en anglais) (annexe 1)*, l'examen des publications disponibles afin de rechercher l'existence de revues de la littérature et de données récentes à évaluer, la formulation d'une stratégie exhaustive de recherche bibliographique (annexe 3)*, et l'identification et l'extraction des données pertinentes, notamment les avantages et les méfaits.³⁷

Pour préparer ce document d'orientation, la première étape de l'approche GRADE a été d'évaluer la qualité des données disponibles pour répondre à chaque question PICO en fonction des résultats.³⁸ Cette étape a nécessité l'évaluation des éventuelles limites (incohérences, imprécisions, caractère indirect et autres) de chaque étude.³⁹ La qualité des données a ensuite été classée en différentes catégories : bonne, moyenne, faible ou très faible (annexe 4)*. Un tableau standardisé – le tableau de GRADE des données – présente le résumé quantitatif des données et l'évaluation de leur qualité (annexe 5)*. Le choix des critères d'évaluation principaux doit être indépendant du fait qu'ils ont été évalués ou non de manière empirique, tandis que le choix des résultats intermédiaires doit prendre en compte ceux qui ont été évalués de manière empirique (annexe 2)*.

La deuxième étape de l'approche GRADE a été, pour chacune des questions PICO, de passer « des données aux recommandations ». Pour cela, il a fallu prendre en compte la qualité des données, l'équilibre entre avantages et méfaits, les valeurs et les préférences exprimées par la communauté, et l'utilisation des ressources. Ces facteurs ont influé à la fois sur la direction des recommandations (en faveur ou en défaveur) et sur leur force (fortes ou soumises à conditions). Les différents facteurs sont récapitulés dans les tableaux risques-avantages (annexe 6)*.

Un cadre de résultats a été élaboré pour s'assurer que les critères d'évaluation principaux ont été sélectionnés de manière transparente, complète, et *a priori* (c'est-à-dire avant tout examen des données). Chaque cadre décrit toutes les voies possibles en commençant par l'intervention, en

* L'ensemble des annexes est disponible sur le site Web de l'OMS (<http://www.who.int/hiv/en/>).

passant par les différents résultats intermédiaires, pour arriver aux critères d'évaluation principaux (annexe 2)*.

Des recommandations de bonnes pratiques font également partie de ce cadre. Les recommandations de ce type n'ont pas besoin de s'appuyer sur des données ; leur élaboration n'implique donc pas de suivre le processus décrit ci-dessus, avec score de la qualité des données et classement de la force des recommandations.³⁶

5.2 Processus

Le processus d'élaboration de ces lignes directrices a été dirigé par le Département VIH/sida de l'OMS, sous la supervision du Comité d'examen des lignes directrices de l'OMS, en collaboration avec le Département Santé et recherche génésiques ainsi que d'autres départements de l'OMS, l'Organisation des Nations Unies pour le Développement (PNUD) et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA).

À l'OMS, un Groupe de travail sur les lignes directrices a identifié les questions PICO, élaboré les protocoles de recherche bibliographique et réalisé l'examen systématique des données disponibles (annexes 1, 3, 5-7)*. Ce Groupe de travail était composé d'experts en santé publique, de chercheurs, d'administrateurs de programme, de personnes chargées de mettre en place des politiques, de représentants de la société civile et de spécialistes de la méthodologie GRADE. Une attention particulière a été apportée pour garantir la représentation des différentes régions géographiques et de chaque genre. Les protocoles de recherche bibliographique peuvent être consultés dans l'annexe 3*, et la liste complète des questions finales en format PICO est donnée dans l'annexe 1*. Les réunions du Groupe de travail se sont tenues dans la ville de Washington, organisées par l'Organisation panaméricaine de la Santé, et au Siège de l'OMS à Genève, en Suisse. La Réunion de consensus sur les lignes directrices s'est tenue à Beijing, en Chine, au Bureau du Représentant de l'OMS pour la Chine et au Bureau régional du Pacifique occidental de l'OMS.

Une étude, commandée au Forum mondial sur les HSH et le VIH (MSMGF), a évalué les valeurs et les préférences de la communauté en réponse aux 13 questions PICO. Y ont participé des HSH et des personnes transgenres de toutes les régions, y compris des personnes vivant avec le VIH.

* L'ensemble des annexes est disponible sur le site Web de l'OMS (<http://www.who.int/hiv/en/>).

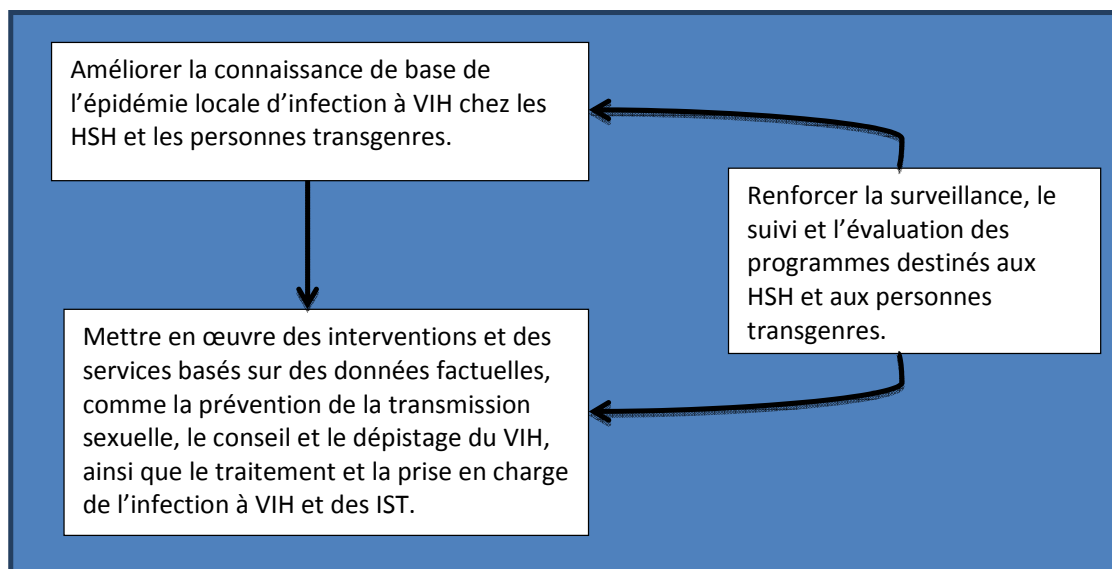
Le classement initial des données pour chaque question PICO a été fait de manière collective par l'ensemble du Groupe de travail de l'OMS qui a effectué les différents examens systématiques. Ceux-ci ont été présentés et discutés lors de la réunion finale de consensus à Beijing. Durant cette réunion, le groupe d'experts multidisciplinaire a examiné les données, les valeurs et les préférences, ainsi que les risques et les avantages pour chaque recommandation. Le panel d'experts a déterminé la direction de chaque recommandation et attribué un score de qualité aux données (annexe 4)*. Toutes les décisions ont été prises par consensus unanime. Dans un cas seulement (concernant les interventions au niveau de groupes visant à changer les comportements), le consensus n'a pas pu être obtenu ; aucune recommandation n'a donc été formulée, conformément au règlement édicté par le Comité d'examen des lignes directrices.⁴⁰ Avant la finalisation de ces lignes directrices, les personnes ayant coordonné le processus ont incorporé les commentaires donnés par des spécialistes internes et externes des différentes disciplines concernées.

Une révision de ces lignes directrices est prévue pour 2015 ; avant cette date, une évaluation de leur qualité, de leur utilité et de leur impact doit être menée.

6. COMMENT ADAPTER CES LIGNES DIRECTRICES

Afin d'avoir l'impact souhaité sur la réduction de la stigmatisation, de la discrimination et de la transmission du VIH et des IST, et garantir un accès en temps voulu au traitement et à une prise en charge complète, les recommandations faisant partie de ces lignes directrices doivent être mises en œuvre au niveau national. Une alliance nationale est essentielle pour atteindre cet objectif ; elle doit être composée de représentants du gouvernement, de la société civile, des ONG et des bailleurs de fonds. Le but doit être d'inclure ces recommandations dans les plans nationaux de lutte contre le VIH et le sida, et d'allouer des ressources nécessaires à leur mise en œuvre. Simultanément, les pays doivent recevoir une assistance technique pour la planification et favoriser la mise en œuvre.

Figure 1. Étapes de la mise en œuvre dans le cadre d'une approche par phases



Chaque région et chaque pays est à un stade différent de la lutte contre l'épidémie chez les HSH et les personnes transgenres. L'adoption et l'adaptation de ces recommandations devront tenir compte du contexte national (figure 1). Il ne sera parfois pas possible de mettre en œuvre immédiatement et intégralement certaines de ces recommandations en raison d'un manque de ressources ou de priorités différentes, selon la prévalence de l'infection à VIH et la charge de cette infection chez les HSH et les personnes transgenres indiquées par les données. Cependant, la planification stratégique menée au niveau des pays doit avoir au bout du compte pour objectif la mise en œuvre de toutes les recommandations et un accès universel au niveau national à la prévention, à la prise en charge et au traitement de l'infection à VIH pour les HSH et les personnes transgenres.

Le processus de mise en œuvre doit se baser sur l'épidémiologie et le contexte local de l'épidémie, être conforme à la stratégie nationale, et rassembler l'ensemble des partenaires. Il convient également de définir clairement les implications de chacune des recommandations.

Pour mettre en œuvre ces lignes directrices dans les pays où la vulnérabilité des HSH et des personnes transgenres n'est pas reconnue, la première étape doit consister à sensibiliser tous les partenaires nationaux impliqués à la nécessité de prendre en considération ces recommandations.

Pour inclure ces recommandations dans les plans nationaux, le processus doit commencer par un examen des données épidémiologiques et de la riposte en cours, et par une évaluation des besoins au niveau national. Il doit prendre en compte les initiatives et les documents existant au niveau régional et national. Il est conseillé d'harmoniser les nouvelles activités avec les activités en cours et de suivre une approche étape par étape. Selon la situation régionale, il peut être recommandé de commencer le processus par des ateliers regroupant plusieurs pays afin de faire la promotion de ces lignes directrices, d'évaluer les besoins et d'élaborer un projet d'amendements des plans nationaux.

Pour orienter la prise de décision lors de l'introduction de ces recommandations, les groupes de travail nationaux peuvent envisager d'adopter les principes directeurs suivants.

1. Ne pas nuire

Prendre en considération l'existence de cadres juridiques prohibitifs, de la criminalisation, de la stigmatisation et de la discrimination, et éviter les situations qui risquent de nuire à la confidentialité ou d'exposer les gens à un risque de violence.

2. Assurer accessibilité et équité

S'efforcer de rendre les services appropriés accessibles et abordables pour tous les HSH et toutes les personnes transgenres, indépendamment de leur identité sexuelle, de leur situation géographique, de leur âge et de leur classe sociale.

3. Assurer la qualité de la prise en charge

S'assurer que la prise en charge atteigne le plus haut niveau de qualité possible.

4. Utiliser efficacement les ressources

Avoir pour but le plus grand impact possible sur la santé en utilisant de manière optimale les ressources humaines et financières disponibles.

5. Assurer la pérennité

Viser à établir des services qui ne dépendent pas de sources de financement temporaires. Élaborer une stratégie pour assurer leur pérennité après la phase de lancement.

6. Renforcer les systèmes de santé

Accorder la priorité aux interventions qui permettront de manière directe ou indirecte de renforcer les systèmes de santé, y compris celles développées par les communautés et les organisations de la société civile.

7. Mettre en œuvre par phases

Il est parfois impossible de mettre en œuvre l'ensemble des recommandations dans toutes les situations. Il est alors nécessaire d'utiliser une approche par phases qui comportera les étapes suivantes :

- Aider à améliorer la connaissance de base de l'épidémie locale d'infection à VIH chez les HSH et les personnes transgenres.
- Mettre en œuvre des interventions et des services, comme la prévention de la transmission sexuelle, des interventions destinées à agir sur les comportements, le conseil et le dépistage du VIH, et des services de TAR et de prise en charge des IST (figure 2).
- Renforcer la surveillance ainsi que le suivi et l'évaluation des programmes destinés aux HSH et aux personnes transgenres.
- Introduire des stratégies supplémentaires en utilisant l'approche de santé publique pour s'attaquer aux obstacles juridiques et structurels à l'accès universel à la santé.

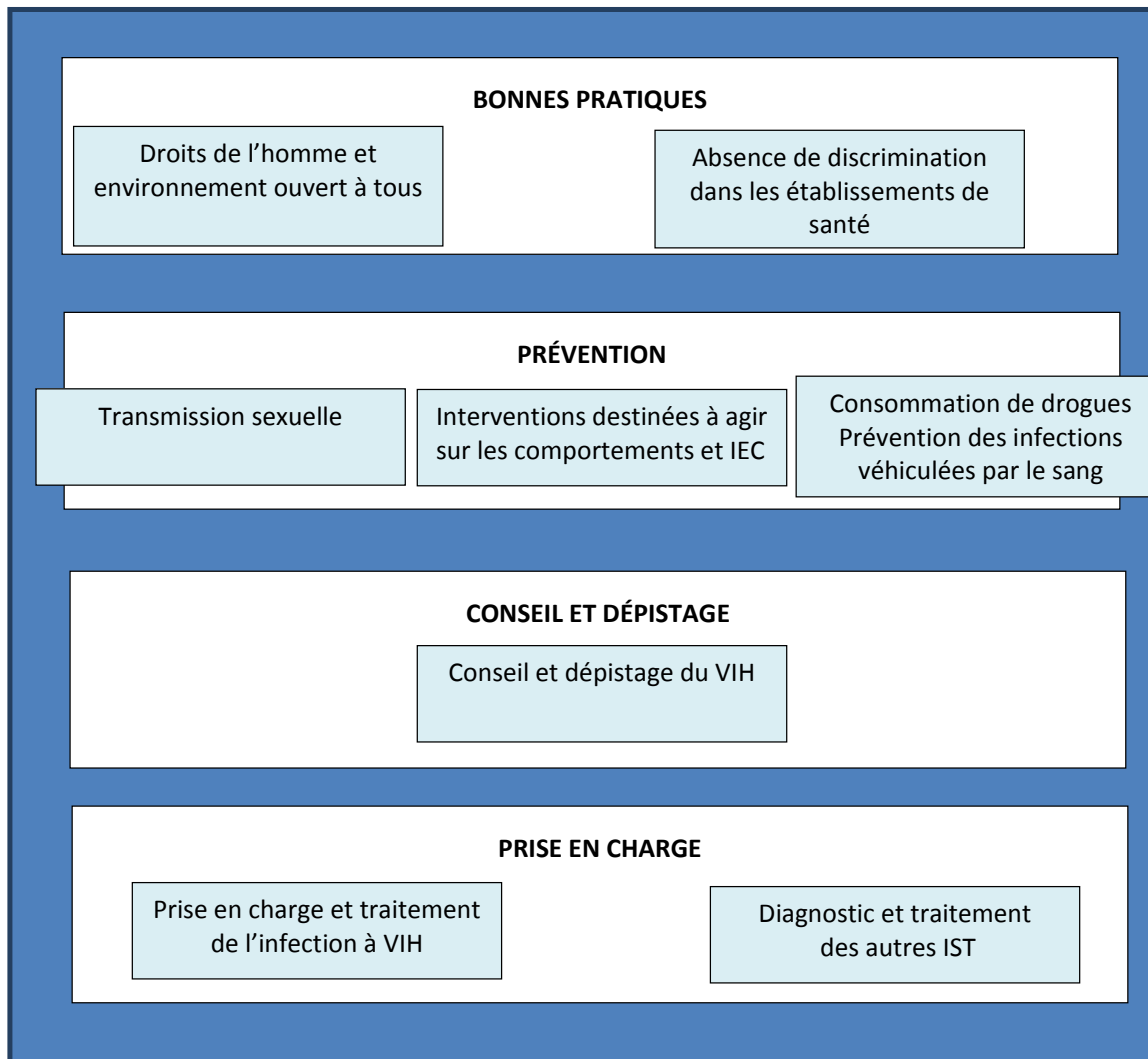
8. Comprendre les points de vue des populations HSH et transgenres

Impliquer les représentants des communautés et les membres des groupes d'HSH et de personnes transgenres dans la mise en œuvre de ces services, afin de s'assurer que ceux-ci sont adaptés sur le plan culturel et répondent aux besoins de la communauté. Renforcer les systèmes communautaires, y compris le soutien aux organisations à base communautaire de la société civile. Autant que possible, utiliser des méthodes ethnographiques pour mieux comprendre le contexte local, et tester les nouvelles interventions pour vérifier qu'elles fonctionnent comme prévu.

9. Préparer l'avenir

Ces lignes directrices de l'OMS seront mises à jour en 2015. Les États Membres doivent s'efforcer d'adopter les recommandations de 2011 avant cette date.

Figure 2. Cadre de mise en œuvre des interventions pour les HSH et les personnes transgenres



7. RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES*

Définition

Les recommandations de bonnes pratiques sont des principes généraux qui ne découlent pas de données scientifiques, mais qui tirent leur origine du bon sens et d'accords internationaux établis sur l'éthique et les droits de l'homme.³⁴ Ces recommandations ne sont pas le résultat du processus formel GRADE. Elles représentent cependant l'opinion d'experts comme cela est indiqué dans le document *Le VIH/sida et les droits de l'homme – Directives internationales. Version consolidée 2006*.³⁴

Les recommandations de bonnes pratiques sont considérées comme essentielles pour la clarification ou la contextualisation de certaines recommandations techniques spécifiques. Elles sont particulièrement utiles lorsqu'un changement doit être introduit dans des environnements potentiellement hostiles ou négatifs, comme ceux concernant les HSH et les personnes transgenres. Dans de nombreuses parties du monde, la stigmatisation et la discrimination liées à la diversité sexuelle et à la diversité de genre sont très présentes, et il existe des obstacles juridiques qui empêchent les HSH et les personnes transgenres de recevoir des services provenant du gouvernement ; le Groupe d'élaboration des lignes directrices a donc jugé nécessaire d'inclure dans ce document deux recommandations de bonnes pratiques : une en rapport avec la politique nationale et une autre spécifiquement axée sur le secteur de la santé.

Contexte

Comme cela est indiqué dans les Principes de Jogjakarta,⁴¹ les HSH et les personnes transgenres ont droit à une protection à part entière de leurs droits humains. Il s'agit notamment du droit de jouir du plus haut niveau de soins de santé, du droit à la non-discrimination et du droit à la vie privée. Les lois répressives et les mesures visant à assurer le respect de ces lois répressives, la stigmatisation et la discrimination nuisent à l'efficacité des programmes de lutte contre l'infection à VIH et des programmes de santé sexuelle, ce qui limite leur capacité à atteindre les HSH et les personnes transgenres.

* Ces recommandations sont adaptées d'un document de l'ONUSIDA/Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH), *Le VIH/sida et les droits de l'homme – Directives internationales. Version consolidée 2006*.³⁴

Parmi les principaux facteurs contribuant à la vulnérabilité des HSH et des personnes transgenres à l'infection à VIH, on compte la criminalisation et les obstacles juridiques et politiques. Le fait d'avoir des activités sexuelles avec des personnes de même sexe est actuellement un crime dans plus de 75 pays.⁴² Et dans la plupart des pays, les personnes transgenres n'ont pas de reconnaissance légale. Ces conditions légales forcent les HSH et les personnes transgenres à prendre le risque de sanctions pénales s'ils veulent discuter de leur niveau de risque sexuel avec un prestataire de service ; elles donnent aussi à la police le pouvoir de harceler les organisations qui fournissent de tels services à ces populations. Une riposte efficace à l'épidémie d'infection à VIH et la promotion de la santé publique exigent de prendre des mesures en faveur d'un environnement juridique et social où les droits de l'homme sont protégés, qui garantit l'accès à la prévention, au traitement, à la prise en charge et au soutien, sans discrimination ni criminalisation.

Des données indiquent depuis longtemps que l'accès des HSH et des personnes transgenres à des soins de santé de qualité est limité par d'importants obstacles, du fait de la stigmatisation généralisée contre l'homosexualité et de l'ignorance de la question des personnes ayant une identité de genre différente de leur sexe anatomique, que ce soit dans la société en général ou au sein des systèmes de santé.^{43, 44, 45} En plus d'être frappés de façon disproportionnée par les IST et l'infection à VIH, les HSH et les personnes transgenres connaissent un taux plus élevé de dépression, d'angoisse, de tabagisme, d'abus d'alcool, de consommation de drogues et de suicide du fait d'un stress chronique, d'un isolement social et de l'absence de connexion avec toute une gamme de services de santé et de soutien.^{46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55}

Du point de vue des systèmes de santé, les HSH et les personnes transgenres tardent parfois à consulter pour obtenir des informations, une prise en charge ou des services concernant l'infection à VIH ou les IST, ou évitent de le faire, du fait de l'homophobie, de la transphobie, de l'ignorance et du manque de sensibilité qu'ils ressentent à leur endroit. Les HSH et les personnes transgenres sont parfois peu disposés à révéler dans les établissements de santé leur orientation sexuelle et certains autres comportements liés à la santé, alors que le partage de ces informations pourrait encourager les discussions entre le prestataire et le patient et aider à la future prise de décisions cliniques. Les prestataires ressentiront souvent un manque d'objectivité quand leurs propres inclinations culturelles, morales ou religieuses, vont à l'encontre de ce que le patient rapporte sur son orientation sexuelle, ses comportements ou son identité de genre. De plus, des enquêtes sur le niveau de connaissance des médecins, infirmières et autres prestataires de soins sur les questions de santé spécifiques aux HSH et aux personnes transgenres, ont montré que le programme de formation

clinique, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, ne permet pas de pallier à ce déficit de connaissances.

Recommandation 1 :

Droits de l'homme et environnement ouvert à tous

Les législateurs et les autres autorités gouvernementales doivent établir et appliquer des lois antidiscriminatoires et protectrices, établies en fonction des normes internationales en matière de droits de l'homme, afin d'éliminer la stigmatisation, la discrimination et la violence subie par les HSH et les personnes transgenres, et de réduire leur vulnérabilité à l'infection à VIH ainsi que l'impact du VIH et du sida.³⁴

Des services publics sans risque et ouverts à tous, ainsi que le principe sous-jacent de non-discrimination, sont essentiels pour la santé, le bien-être et la dignité de la communauté. Responsables de l'élaboration des politiques, parlementaires et autres responsables publics doivent collaborer avec les organisations de la société civile dans leurs efforts pour faire face aux réalités de la discrimination contre les HSH et les personnes transgenres, et transformer les normes juridiques et sociales punitives en normes favorisant leur protection. La stigmatisation et la discrimination créent des obstacles à de nombreux services publics et, par cela, nuisent à la santé publique, aux droits de l'homme et à la riposte à l'épidémie d'infection à VIH.

Recommandation 2 :

Absence de discrimination dans les établissements de santé

Les services de santé doivent être ouverts aux HSH et aux personnes transgenres, suivant les principes d'éthique médicale et le droit à la santé.³⁴

La création de services de santé ouverts exige des stratégies visant à sensibiliser et éduquer les prestataires et les autres membres du personnel soignant et des services sociaux. Les prestataires de soins doivent être respectueux de la diversité, conscients de leurs obligations professionnelles, et informés des besoins sociaux et sanitaires spécifiques aux HSH et aux personnes transgenres. Les groupes œuvrant pour la santé des hommes et les organisations d'HSH et de personnes transgenres peuvent être des partenaires de premier plan pour donner des formations complètes sur la sexualité humaine. Ils peuvent également faciliter l'interaction avec les membres de communautés à orientations sexuelles diverses, permettant ce faisant une meilleure compréhension de leurs besoins affectifs, sanitaires et sociaux, et du coût de l'inaction contre l'homophobie et la transphobie. Responsables de l'élaboration des politiques, parlementaires et autres responsables publics doivent collaborer avec les organisations de la société civile dans leurs efforts pour faire face aux réalités de la discrimination contre les HSH et les personnes transgenres, et transformer les normes juridiques et sociales punitives en normes favorisant leur protection et qui soient réellement appliquées.

8. DONNÉES DISPONIBLES ET RECOMMANDATIONS TECHNIQUES

8.1. Prévention de la transmission sexuelle

8.1.1. Utilisation systématique du préservatif

Contexte

L'utilisation du préservatif a joué un rôle crucial dans la prévention de la transmission sexuelle du VIH dès le début de l'épidémie.⁵⁶ Depuis le milieu des années 80, il a été démontré que l'utilisation du préservatif contribue à la prévention de l'infection à VIH dans les communautés d'HSJ aux États-Unis d'Amérique et en Europe occidentale, grâce entre autres à la mobilisation de cette communauté en faveur de son utilisation.^{57, 58} Au cours des dernières années, les données provenant d'études d'observation sont de plus en plus nombreuses à montrer l'efficacité de l'utilisation systématique du préservatif dans la prévention de la transmission du VIH.^{59, 60, 61} Un examen des données disponibles sur l'efficacité de l'utilisation systématique du préservatif dans la prévention de l'infection à VIH chez les HSH et les personnes transgenres a été réalisé.

Données disponibles

Les données provenaient principalement d'études de cohortes d'HSJ et de personnes transgenres menées dans des pays développés.^{33, 62, 63, 64, 65} Cinq études avec des informations sur l'utilisation du préservatif et l'incidence de l'infection à VIH et/ou des IST chez les HSH ont été retenues. La stratégie de recherche bibliographique (annexe 3)* s'est concentrée sur les études de cohortes où l'acquisition du VIH ou d'une IST figurait comme critère d'évaluation principal (annexe 2)*. Ont été exclues les études où les critères d'évaluation principaux n'étaient pas des résultats biologiques mais des comportements, là par exemple où les participants indiquaient eux-mêmes s'ils utilisaient ou non un préservatif. Le score attribué aux données a été d'une part diminué du fait que l'ensemble de celles-ci provenait d'études d'observation, et d'autre part augmenté grâce à l'effet considérable du résultat sur l'incidence de l'infection à VIH. Au total, les données concernant le résultat sur l'incidence de l'infection à VIH étaient de qualité moyenne, et celles concernant le résultat sur l'incidence des IST étaient de faible qualité. Bien que les études retenues n'aient pas tenu compte des facteurs de confusion, cette omission n'a pas entraîné de diminution du score, dans la mesure où tenir compte des facteurs de confusion aurait vraisemblablement augmenté, et non pas diminué, l'importance de l'effet.

* L'ensemble des annexes est disponible sur le site Web de l'OMS (<http://www.who.int/hiv/en/>).

Résumé des résultats

L'examen systématique des données disponibles a pris en considération les informations relatives aux deux critères d'évaluation principaux : incidence de l'infection à VIH (cinq études), et incidence des IST (une étude). L'évaluation de l'effet relatif global de l'utilisation du préservatif a retrouvé un risque relatif (RR) de 0,36 (intervalle de confiance [IC] à 95 % : 0,20-0,67) pour la transmission du VIH, et un RR de 0,58 (IC à 95 % : 0,54-0,62) pour la transmission des IST. La transmission du VIH était diminuée de 64 % en cas d'utilisation systématique du préservatif. Pour la transmission des IST, l'utilisation systématique du préservatif était associée à une réduction du risque de 42 %.

Avantages et risques

Les avantages de l'utilisation du préservatif l'emportaient sur les risques potentiels quels qu'ils soient.

Acceptabilité et faisabilité

Cette recommandation est forte, la communauté et les experts ayant exprimé des valeurs et des préférences plaidant nettement en sa faveur. Le rapport préliminaire de valeurs et de préférences stipulait que « les HSH pensent que les préservatifs sont utiles pour la prévention, et beaucoup préconisent leur distribution. » Il n'a été retrouvé aucune donnée sur les questions de qualité de vie telles que les désagréments ou la diminution du désir causés par l'utilisation du préservatif. Les valeurs et les préférences exprimées par les HSH interrogés par MSMGF ont cependant montré que ceux-ci apportaient leur soutien à cette intervention.⁶⁶ Des données issues de programmes montrent que la distribution de préservatifs est faisable dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.^{67, 68}

Points de discussion supplémentaires et orientations de recherche

Les données provenant de recherches opérationnelles suggèrent qu'il est important d'utiliser un lubrifiant à base d'eau ou de silicone pour que les préservatifs fonctionnent correctement lors des rapports anaux.⁶⁹ Cependant, il serait utile de mener des recherches supplémentaires sur ce sujet afin d'éliminer ou de minimiser les effets secondaires potentiels retrouvés dans des études *in vitro*.^{70, 71, 72}

Les informations sur les thèmes suivants sont rares, et il faut envisager de mener des recherches pour combler ces lacunes : efficacité du préservatif féminin dans la prévention de l'acquisition du VIH lors de rapports anaux ; et efficacité du préservatif féminin sur la prévention de l'infection à VIH chez les personnes transgenres chez qui a été réalisée une construction vaginale.

Points clés

- L'utilisation systématique du préservatif a joué un rôle crucial dans la prévention de la transmission sexuelle du VIH depuis le début de l'épidémie.
- Les données ont montré une diminution de 64 % de la transmission du VIH, et de 42 % de la transmission des IST, lors de l'utilisation systématique du préservatif.
- Les avantages de l'utilisation du préservatif l'emportaient sur les risques potentiels.
- Intervention acceptable et faisable

Recommandation
<p>Chez les HSH et les personnes transgenres, il est fortement recommandé d'utiliser systématiquement des préservatifs lors des rapports anaux, plutôt que de ne pas utiliser de préservatifs.</p> <p><i>Recommandation forte, données de qualité moyenne</i></p> <p>Remarques complémentaires</p> <p>L'utilisation d'un lubrifiant à base d'eau ou de silicone est capitale pour que les préservatifs fonctionnent correctement lors des rapports anaux.</p>

8.1.2. Sérotriage

Contexte

Le sérotriage se définit comme un comportement où « une personne choisit un partenaire sexuel connu pour avoir le même statut par rapport au VIH, souvent dans le but d'avoir des rapports sexuels non protégés, afin de réduire le risque de contracter ou de transmettre le VIH. »⁷³ La prévalence du sérotriage est de 21 % chez les HSH séropositifs, et de 62 % chez les HSH séronégatifs ; la plupart des études sur ce comportement se basent cependant sur des recherches menées dans les pays développés.⁷⁴ Pour les personnes séropositives, le sérotriage pourrait apporter les avantages suivants : réduction de la transmission secondaire du VIH, et capacité à pouvoir renoncer à l'utilisation du préservatif. Toutefois, le sérotriage ne protège pas contre les autres IST ni contre certains risques potentiels comme la surinfection par le VIH et l'acquisition ou la transmission de souches de VIH résistantes aux médicaments. Chez les personnes séronégatives, les avantages pour la réduction du risque d'infection par le VIH ne font pas encore l'unanimité et dépendent de la fréquence et de la disponibilité du conseil et du dépistage du VIH, de la connaissance précise et du partage du statut sérologique par rapport au VIH entre les deux partenaires, et de la fenêtre sérologique pour les nouvelles infections.

Données disponibles

Un examen systématique des données disponibles sur les comportements de sérotriage et de séroadaptation a permis de sélectionner les données retenues. Pour cet examen systématique, des critères d'inclusion larges et une méthode de recherche bibliographique systématique basée sur des critères de sélection précis ont été utilisés. Seules les données portant sur des personnes séronégatives ont été prises en considération pour cette question. Cet examen des données a retrouvé trois études, toutes provenant de pays développés.^{33, 64, 65} Dans chacune de ces trois études, le sérotriage était défini chez des hommes séronégatifs comme le fait d'avoir des rapports anaux non protégés exclusivement avec des partenaires séronégatifs. Deux de ces trois études n'ont pas pris en compte les facteurs de confusion.

Le fait que cette recommandation sur le sérotriage soit soumise à conditions est dû à la faible qualité des données disponibles et au manque de diversité géographique de ces études. Le score attribué aux données a été diminué du fait de leur caractère indirect, car toutes les études ont été menées dans des pays à revenu élevé où le conseil et le dépistage sont largement disponibles, ce qui n'est pas le cas dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire.

Résumé des résultats

L'examen systématique des données a utilisé des informations sur deux critères d'évaluation principaux : l'incidence de l'infection à VIH (trois études) et l'incidence des IST (une étude). Deux comparaisons d'intérêt ont été réalisées : sérotriage comparativement à l'utilisation systématique du préservatif, et sérotriage comparativement à l'absence d'utilisation du préservatif. La conclusion globale de la comparaison entre sérotriage et utilisation systématique du préservatif a été que le sérotriage conduit à une augmentation significative du risque de contracter une infection à VIH ou une IST. Le sérotriage était associé à une augmentation de 79 % (RR : 1,79 ; IC à 95 % : 1,22,65) de la transmission du VIH et à une augmentation de 61 % (RR : 1,61 ; IC à 95 % : 1,43-1,81) de la transmission des IST. Lors de la comparaison entre sérotriage et absence d'utilisation du préservatif, le sérotriage a montré une certaine protection contre l'infection à VIH et les IST. Il était associé à une réduction de 53 % de la transmission du VIH (RR : 0,47 ; IC à 95 % : 0,26-0,84) et à une réduction de la transmission des IST de 14 % (RR : 0,86 ; IC à 95% : 0,78-,93). Les aspects concernant la qualité de vie, comme les désagréments ou la diminution du désir, n'ont pas été étudiés.

Avantages et risques

Les avantages et les risques du sérotriage dépendent de la comparaison utilisée. Les risques l'emportaient sur les avantages en comparaison avec l'utilisation systématique du préservatif. Les avantages l'emportaient sur les risques en comparaison avec l'absence d'utilisation du préservatif.

Bien que le sérotriage présente des avantages par rapport à l'absence d'utilisation du préservatif, il est associé à une augmentation du risque par rapport à l'utilisation systématique du préservatif. Il peut donc être utilisé comme stratégie de réduction des méfaits potentiels pour les personnes qui choisissent de ne pas utiliser de préservatif, mais il ne doit pas être promu comme stratégie alternative pour la prévention de l'infection à VIH. L'utilisation systématique du préservatif est une méthode plus efficace pour prévenir l'infection à VIH.

Acceptabilité et faisabilité

Dans le rapport sur les valeurs et les préférences exprimées par la communauté, les opinions sur le sérotriage étaient divergentes. Le rapport stipulait : « les HSH pensent que les préservatifs sont utiles pour la prévention, et beaucoup préconisent leur distribution. » En outre, il était signalé qu' « aucun participant n'a reconnu le sérotriage comme stratégie de prévention. »⁶⁶

Pour certains participants à l'enquête sur les valeurs et les préférences, le concept de sérotriage n'existait pas. Pour d'autres, il a conduit à des conversations sur les conditions dans lesquelles les HSH et les personnes transgenres partagent ou non leur statut par rapport au VIH. Nombre d'entre eux n'ont pas partagé leur statut par rapport au VIH, craignant une stigmatisation, une discrimination et des menaces vis-à-vis de leur sécurité. D'autres participants ont toutefois mentionné le sérotriage comme stratégie de réduction des méfaits. Bien que le groupe d'experts ait reconnu que les valeurs individuelles sur le sérotriage peuvent varier, l'accent a été mis sur la prévention de l'infection à VIH. L'utilisation du préservatif est la meilleure option, mais elle dépend de sa disponibilité. Le sérotriage n'est réalisable que dans des contextes où un conseil et un dépistage de qualité sont disponibles, où le taux de personnes refaisant un test VIH est élevé, et où l'environnement juridique et social est favorable au conseil et au dépistage du VIH et au partage du statut.⁶⁶

Points de discussion supplémentaires et orientations de recherche

Les comportements de séroadaptation englobent différents comportements, notamment le sérotriage et le séropositionnement. Le profil de données a uniquement porté sur les informations

concernant le sérotriage (pratique consistant à choisir un partenaire sexuel ayant le même statut par rapport au VIH) chez les HSH séronégatifs pour le VIH en début d'étude. Il n'a pas porté sur les informations concernant la pratique du séropositionnement (où le choix de quel partenaire sera actif ou passif est basé sur le statut sérologique par rapport au VIH, le partenaire séropositif étant généralement le partenaire passif). Cet examen systématique n'a pas porté sur les informations concernant les pratiques de sérotriage chez les HSH et les personnes transgenres qui se savent séropositifs.

Un dépistage de l'infection à VIH et des IST doit être réalisé régulièrement chez les personnes et les couples utilisant le sérotriage comme stratégie de réduction des méfaits. En outre, la question du sérotriage doit être abordée lors du conseil et du dépistage proposés aux HSH et aux personnes transgenres, en expliquant l'utilité et les limites du sérotriage en matière de prévention, et en corrigeant les éventuelles idées fausses que certains utilisateurs potentiels ont parfois à son sujet et qui peuvent encore accroître ses limites. Quelle que soit la situation, il faut améliorer la disponibilité de préservatifs de qualité et d'un conseil et d'un dépistage de qualité, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Il est nécessaire de mener des recherches supplémentaires sur le sérotriage chez les HSH et les personnes transgenres, ainsi que chez leurs partenaires sexuels.

Points clés

- Le sérotriage se définit comme « une personne [qui] choisit un partenaire sexuel connu pour avoir le même statut par rapport au VIH, souvent dans le but d'avoir des rapports sexuels non protégés, afin de réduire le risque de contracter ou de transmettre le VIH. »
- Le sérotriage était associé à une augmentation de 79 % de la transmission du VIH et à une augmentation de 61 % de la transmission des IST. Lors de la comparaison entre sérotriage et absence d'utilisation du préservatif, les avantages du sérotriage l'emportaient sur les risques ; le sérotriage était associé à une réduction de la transmission du VIH de 53 % et à une réduction de la transmission des IST de 14 %.
- Les risques du sérotriage l'emportent sur les avantages en comparaison avec l'utilisation systématique du préservatif. Les avantages l'emportent sur les risques en comparaison avec l'absence d'utilisation du préservatif.
- L'acceptabilité et la faisabilité du sérotriage dépendent des personnes et du contexte. Le sérotriage n'est réalisable que dans des contextes où un conseil et un dépistage de qualité sont disponibles, où le taux de personnes refaisant un test VIH est élevé, et où l'environnement juridique et social est favorable au conseil et au dépistage du VIH ainsi qu'au partage du statut.

Recommandations
<p>Chez les HSH et les personnes transgenres séronégatifs, il est fortement recommandé d'utiliser systématiquement des préservatifs plutôt que le sérotriage.</p> <p><i>Recommandation forte, données de très faible qualité</i></p>
<p>Chez les HSH et les personnes transgenres séronégatifs, il est suggéré, dans certaines circonstances particulières, d'utiliser le sérotriage comme stratégie de réduction des méfaits, plutôt que de ne pas utiliser de préservatifs.</p> <p><i>Recommandation soumise à conditions, données de très faible qualité</i></p>
<p>Remarques complémentaires</p> <p>Un dépistage de l'infection à VIH et des IST doit être réalisé régulièrement chez les personnes et les couples utilisant le sérotriage comme stratégie de réduction des méfaits. Il est nécessaire de mener des recherches supplémentaires sur le sérotriage chez les HSH et les personnes transgenres, ainsi que chez leurs partenaires sexuels.</p>

8.1.3. Circoncision

Contexte

Au cours des trois dernières décennies, une série d'études d'observation et trois essais contrôlés randomisés ont montré que la circoncision pratiquée par des professionnels de santé bien formés réduit de moitié le risque transmission du VIH de la femme à l'homme.^{75, 76, 77, 78} Ces études ont été menées chez des hommes vraisemblablement exposés via des rapports vaginaux, et uniquement en Afrique sub-saharienne ; les effets observés ne peuvent donc pas être appliqués directement aux HSH et aux personnes transgenres exposés via des rapports anaux passifs ou actifs. Les données concernant l'efficacité de la circoncision dans la prévention de l'acquisition du VIH chez les HSH ont été examinées.*

Données disponibles

Deux revues de la littérature concernant l'efficacité de la circoncision pour la prévention de l'infection à VIH chez les HSH et portant sur des données d'études d'observation ont été publiées en 2008.^{79, 80} Depuis, six nouvelles études d'observation ont été publiées. Au total, l'examen des

* L'efficacité de la circoncision sur la prévention de la transmission de l'infection à VIH chez les personnes transgenres n'a pas été évaluée lors de cet examen.

données disponibles a porté sur 21 études disposant de données utilisables sur la circoncision chez les HSH. La qualité des résultats a été évaluée comme essentielle par rapport au critère d'infection à VIH. Globalement, les données ont été jugées comme étant de très faible qualité, principalement parce qu'aucune des données disponibles sur les HSH ne provenaient d'essais contrôlés randomisés. Aucune étude sur la circoncision chez les personnes transgenres n'a été identifiée.

Résumé des résultats

L'examen systématique des données⁸¹ contenait des informations spécifiques sur trois critères d'évaluation principaux concernant l'infection à VIH et les IST : infection par le VIH (20 études), syphilis (huit études) et infection par le virus de l'herpès simplex (sept études). Toutes les données provenaient d'études d'observation, ce qui a diminué le score. L'évaluation de l'effet relatif global de la circoncision sur la transmission du VIH chez les HSH a retrouvé un OR de 0,86 (IC à 95 % : 0,70-1,06) ; les différences observées étaient surtout fonction du rôle sexuel prédominant lors de rapports anaux. Chez les hommes ayant principalement des rapports anaux passifs, aucune relation n'a été retrouvée entre circoncision et infection par le VIH (OR : 1,20 ; IC à 95 % : 0,63-2,29). Chez ceux ayant principalement des rapports anaux actifs, la circoncision était associée à un effet protecteur contre l'infection par le VIH (OR : 0,27 ; IC à 95 % : 0,17-0,44). Les résultats étaient similaires pour les autres IST.

Avantages et risques

Les données retenues suggèrent que la circoncision chez l'homme adulte présente un avantage potentiel pour la prévention de l'infection par le VIH et des autres IST. Les avantages l'emportent donc potentiellement sur les méfaits.

Comme toute intervention chirurgicale, la circoncision comporte certains risques qui surviennent généralement pendant ou peu après la réalisation de la procédure. La chirurgie peut entraîner des saignements, la formation d'un hématome (caillot de sang sous la peau), une infection de la plaie chirurgicale, une méatite (inflammation de l'orifice externe de l'urètre), et une augmentation de sensibilité du gland au cours des premiers mois suivant l'intervention. L'innocuité de la circoncision dépend des conditions sur place et de l'expertise du prestataire.⁸²

Acceptabilité et faisabilité

Selon le rapport préliminaire sur les valeurs et l'acceptabilité,⁶⁶ les participants ont soulevé un certain nombre de questions à propos de la circoncision chez l'adulte en tant que stratégie de prévention de l'infection à VIH : pertinence dans différents contextes culturels, intérêt pour la protection contre l'infection par le VIH, et pertinence pour les personnes transgenres. Certains ont estimé que l'accent devrait être mis davantage sur l'éducation à la santé sexuelle que sur la circoncision. La faisabilité de la mise en œuvre d'une intervention chirurgicale, en particulier au sein d'une population déjà stigmatisée, a suscité de sérieuses inquiétudes.

Points de discussion supplémentaires et orientations de recherche

Cette recommandation ne s'applique pas aux hommes trans qui ont eu une intervention chirurgicale pour acquérir les caractéristiques physiques du sexe féminin. Là où elle ne fait pas partie des interventions habituelles, la circoncision nécessite la mise à disposition de ressources importantes (à la fois de ressources humaines spécialisées dans les techniques chirurgicales, d'un équipement chirurgical et de matériel) ; son éventuelle mise en œuvre suscite donc de sérieuses inquiétudes. Des recherches supplémentaires doivent être menées pour étudier l'effet de la circoncision chez l'adulte sur la prévention de l'acquisition du VIH et des IST chez les HSH ayant des rapports anaux actifs en comparaison à des rapports anaux passifs, ce paramètre étant susceptible d'être un modificateur d'effet. Là où la circoncision est en cours d'extension, les HSH et les personnes transgenres ne doivent pas être exclus des programmes proposant cette intervention chez l'adulte. Dans d'autres situations, et conformément aux recommandations existantes de l'OMS,⁸³ les HSH et les personnes transgenres qui demandent cette intervention à titre individuel ne doivent pas se la voir refuser.

Points clés

- Au cours des trois dernières décennies, une série d'études d'observation et trois essais randomisés ont montré que la circoncision réduit de moitié le risque de transmission du VIH de la femme à l'homme. Certaines études d'observation ont montré que la circoncision pourrait aussi protéger les HSH ayant des rapports anaux actifs. Aucune étude similaire n'a été menée chez les personnes transgenres.
- La circoncision était associée à un effet protecteur uniquement chez les HSH ayant des rapports sexuels actifs. Aucun effet protecteur n'a été observé chez ceux ayant des rapports anaux passifs.
- À l'heure actuelle, il n'est pas certain que les avantages l'emportent sur les risques : la circoncision, comme toute autre intervention chirurgicale, comporte certains risques.
- Son acceptabilité et sa mise en œuvre chez les HSH dans différents contextes culturels suscite de sérieuses inquiétudes.

Recommandation

Chez les HSH et les personnes transgenres, il est suggéré de ne pas proposer la circoncision pour prévenir l'acquisition du VIH et des IST, plutôt que de proposer cette intervention.

Recommandation soumise à conditions, données de très faible qualité

Remarques complémentaires

Des travaux de recherche supplémentaires doivent être menés pour examiner l'effet de la circoncision chez l'adulte sur la prévention de l'acquisition du VIH et des IST chez les HSH ayant des rapports anaux actifs en comparaison à des rapports anaux passifs.

8.2. Conseil et dépistage du VIH*

8.2.1. Conseil et dépistage du VIH

Contexte

Depuis l'apparition du test VIH, l'intervention associant conseil et dépistage du VIH, par exemple à l'initiative des utilisateurs, a été considérée comme essentielle pour la prévention de cette infection. Peu d'études ont évalué son efficacité. Dans le cadre de l'engagement pris en faveur de l'accès universel à la prévention et à la prise en charge de l'infection à VIH, le concept élargi de conseil et dépistage du VIH a évolué ces dernières années pour inclure le conseil et le dépistage à l'initiative du client et le conseil et le dépistage à l'initiative du prestataire.⁸⁴ Cette intervention a été incorporée aux efforts visant à promouvoir le dépistage et le conseil allant en parallèle avec l'établissement de liens directs pour la prise en charge et le traitement de l'infection à VIH chez les personnes séropositives. Il est essentiel que chaque type de conseil et de dépistage du VIH demeure volontaire et confidentiel, la suspicion d'une telle infection étant associée à la stigmatisation et à d'autres méfaits potentiels.

Certaines personnes peuvent continuer à avoir des pratiques à haut risque (et être infectées après que le test a été réalisé) ; d'autres peuvent avoir eu des rapports sexuels à haut risque au cours des trois mois qui précèdent le test (et présenter une infection aiguë avec un test de détection des anticorps dont le résultat est négatif) ; c'est pourquoi les orientations actuelles de l'OMS consistent à recommander la réalisation d'un nouveau test après trois mois.⁸⁵

Une recherche bibliographique systématique a été menée sur le rôle du conseil et du dépistage du VIH dans la réduction de la morbidité et de mortalité liées à l'infection à VIH, en comparaison avec la simple fourniture d'informations de base sur la prévention et la prise en charge de cette infection. Deux critères de remplacement ont également été utilisés : les changements de comportement et l'incidence de l'infection à VIH.

Données disponibles

Les informations provenant d'un essai contrôlé ont été retenues ; cet essai a évalué, chez des hommes hétérosexuels, les effets de l'intervention cible (conseil et dépistage du VIH individuels) sur le critère « infection par le VIH » (la pratique de rapports anaux non protégés signalée par les

* Dans ce guide, le terme conseil et dépistage du VIH fait référence à l'ensemble des services concernant le dépistage du VIH et qui s'accompagne d'un conseil. Certains pays utilisent parfois des termes différents pour le conseil et le dépistage du VIH selon qu'ils sont effectués dans telle ou telle situation. Parmi les différents termes utilisés, on retrouve entre autres : conseil et dépistage volontaire (CDV), conseil et dépistage à l'initiative du prestataire et conseil et dépistage à l'initiative du client. L'OMS recommande que tout conseil et tout dépistage du VIH soient volontaires et jamais imposés de force ni obligatoires.

participants eux-mêmes a été utilisée comme critère de remplacement de l'infection par le VIH).⁸⁶ La force de cette recommandation est basée sur des données de faible qualité. Le score de la qualité des données a été diminué du fait du caractère indirect des résultats (utilisation d'un critère de remplacement), du caractère indirect de la population d'étude (hommes hétérosexuels, au lieu d'HSH ou de personnes transgenres) et de la proportion importante de perdus de vue (environ 20 % en 14 mois).

Résumé des résultats

Le seul essai randomisé⁸⁶ retenu a comparé l'effet du conseil et du dépistage du VIH sur la pratique de rapports anaux non protégés (en tant que critère de remplacement pour le résultat) par rapport à l'effet obtenu sur cette pratique par la fourniture d'informations sanitaires standards. Le modèle utilisé dans cet essai était celui des Centres de Lutte contre la Maladie (CDC) : conseil centré sur le client et concernant le VIH-1. Ce modèle comprenait pour chaque client une évaluation des risques personnalisée ainsi que l'élaboration d'un plan personnalisé de réduction des risques ; il convenait parfaitement pour mettre en avant les spécificités culturelles. L'étude a été menée dans trois sites : Kenya, République-Unie de Tanzanie et Trinité. Dans un sous-groupe d'hommes hétérosexuels ayant des partenaires non stables, une réduction de 21 % des comportements à risque (RR : 0,79 ; IC à 95 % : 0,63-0,97) a été retrouvée chez ceux qui avaient participé à un conseil et réalisé un dépistage du VIH.

Avantages et risques

Il a été estimé que les avantages l'emportent sur les risques pour deux raisons : sensibilité et spécificité élevées des tests VIH d'une part, et place croissante de cette intervention d'autre part qui permet un diagnostic et un accès à la prise en charge plus précoces et de bénéficier des effets préventifs du traitement. Parmi les méfaits potentiels, on retrouve la souffrance psychologique, qui peut cependant être prise en charge. L'utilisation des ressources n'est pas source de préoccupation majeure car, dans de nombreuses situations, l'intervention associant conseil et dépistage du VIH est habituelle et déjà en place.

Acceptabilité et faisabilité

Selon l'étude sur les valeurs et les préférences, les gens accordent une grande importance au conseil et au dépistage du VIH mais estiment que cette prestation doit être réalisée dans des conditions adéquates, à savoir notamment que ces services doivent être ouverts à tous et exempts de toute discrimination.⁶⁶ Sur le plan de la faisabilité, la mise en œuvre du conseil et du dépistage du VIH ne semble pas connaître de problèmes majeurs, puisque ce service est déjà proposé à la population en

général dans la plupart des situations, que ce soit dans des pays à revenu faible, intermédiaire ou élevé. Il est cependant important de garantir que ce service soit de qualité.

Points de discussion supplémentaires et orientations de recherche

L'intervention associant conseil et dépistage du VIH doit être liée à la prise en charge et au traitement. La réduction des taux de transmission au niveau de la population peut résulter d'une couverture élevée du traitement, favorisant ainsi un changement de perception du public à l'égard du conseil et du dépistage du VIH. De plus, des études doivent également porter sur le rôle du conseil de couple et de l'utilisation du TAR chez les couples d'HSH et les couples où l'un des partenaires est une personne transgenres, et où l'un des partenaires est séropositif et l'autre séronégatif.⁸⁷

Points clés

- Depuis l'apparition du test VIH, l'intervention associant conseil et dépistage du VIH a été considérée comme essentielle pour la prévention de cette infection.
- Le fait d'avoir participé à un conseil et réalisé un dépistage du VIH était associé à une réduction de 21 % des comportements à risque.
- Les avantages l'emportent sur les risques.
- L'utilisation des ressources n'est pas une source de préoccupation car, dans la plupart des situations, l'intervention associant conseil et dépistage du VIH est habituelle et déjà en place.
- Intervention acceptable et réalisable

Recommandation
<p>Il est fortement recommandé de proposer aux HSH et aux personnes transgenres un conseil et un dépistage du VIH, plutôt que de ne pas proposer cette intervention.</p> <p><i>Recommandation forte, données de faible qualité</i></p> <p>Remarques complémentaires</p> <p>L'intervention associant conseil et dépistage du VIH doit être liée à la prise en charge et au traitement.</p>

8.2.2. Conseil et dépistage du VIH à base communautaire liés à la prise en charge et au traitement

Contexte

Cette recommandation concerne la fourniture d'un conseil et d'un dépistage du VIH à base communautaire liés à la prise en charge et au traitement. Le résultat escompté de cette intervention doit consister à augmenter le taux de conseil et de dépistage du VIH dans la communauté et à établir des liens pour que les personnes identifiées comme séropositives aient accès à des services de traitement et de prise en charge. Son idée-force est la promotion active du conseil et du dépistage du VIH accompagnée d'un accès accéléré à la prise en charge et au traitement. Les effets des programmes de conseil et de dépistage du VIH à base communautaire ont été évalués et comparés à ceux du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du client.

Données disponibles

Aucun examen systématique sur les programmes de conseil et de dépistage du VIH à base communautaire n'a été réalisé auparavant, et aucun essai n'a jamais été mené sur le sujet. Une seule étude d'observation a été identifiée, menée chez des MSM, et reposant sur des recommandations des CDC des États-Unis d'Amérique datant de 2006 appliquées dans la ville de Washington, qui prônent le conseil et le dépistage volontaires du VIH en routine dans les services de santé.⁸⁸ L'intervention étudiée s'appelait « HTLC+ », acronyme pour « *HIV testing, linkage to care plus treatment* » (dépistage du VIH, liens avec la prise en charge et le traitement); elle englobe la promotion active du conseil et du dépistage de routine, une amélioration de l'orientation des personnes séropositives vers les services appropriés et la mise sous traitement conformément aux directives en cours pour les résidents de la ville de Washington. Les indicateurs agrégés pour les années 2004, 2006 et 2008 (en partie) ont été inclus, obtenus et analysés vis-à-vis des critères d'évaluation principaux. En septembre 2010, un essai pour évaluer la faisabilité d'un programme de conseil et de dépistage du VIH à base communautaire liés à la prise en charge et au traitement était en préparation.⁸⁹ La qualité de ces données a été jugée très faible, car elles provenaient d'une seule étude d'observation.

Résumé des résultats

Les résultats présentés dans cette étude comprennent : le nombre de cas d'infection à VIH diagnostiqués, qui a diminué régulièrement, passant de 164 cas pour 100 000 personnes de la population en 2004 à 137 en 2007, et à 107 en 2008 ; la proportion de la population ayant fait un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois, qui a augmenté de 15 % à 19 % ; et la proportion globale de personnes contaminées par le VIH nouvellement diagnostiquées chez qui a été réalisé un

test de numération des CD4 dans les trois mois suivant le diagnostic, qui a augmenté pour passer de 62 % en 2004 à 64 % en 2008. L'étude ne comprenait pas de groupe témoin ; aucune mesure de l'effet n'a été réalisée.⁸⁸

Avantages et risques

Le conseil et le dépistage peuvent augmenter le risque de stigmatisation, mais les avantages potentiels l'emportent sur les risques.

Acceptabilité et faisabilité

Selon l'étude sur les valeurs et les préférences, les communautés accordent une grande importance au conseil et au dépistage du VIH, et accordent de plus en plus d'importance à un accès précoce à la prise en charge et au traitement. Les participants à cette étude ont cependant exprimé des inquiétudes quant à la stigmatisation, à la discrimination et aux mauvais traitements qui accompagnent parfois cette intervention, et quant à la capacité limitée du personnel soignant à gérer les problèmes propres aux HSH et aux personnes transgenres.⁶⁶ Une attention particulière doit être apportée pour assurer la pérennité de l'extension du conseil et du dépistage du VIH liés à la prise en charge et au traitement. Une fois couverts les coûts supplémentaires, il devrait être parfaitement faisable de mettre en œuvre dans la plupart des situations le conseil et le dépistage à base communautaire liés à la prise en charge et au traitement.

Points de discussion supplémentaires et orientations de recherche

Les données étayant cette recommandation proviennent d'une seule étude d'observation. Un essai de traitement lié à l'intervention *care-plus* est en préparation depuis septembre 2010 ; son objectif est d'évaluer aux États-Unis d'Amérique la faisabilité d'un programme de conseil et de dépistage à base communautaire liés à la prise en charge et au traitement, et qui associe différentes composantes.⁸⁹ Cette étude comprendra une évaluation de la faisabilité et de l'efficacité. Des recherches supplémentaires sont nécessaires.

Points clés

- L'idée-force du conseil et du dépistage à base communautaire liés à la prise en charge et au traitement est la promotion active du conseil et du dépistage du VIH accompagnée d'un accès accéléré à la prise en charge et au traitement pour les personnes dont le résultat du test VIH est positif.
- Une étude d'observation menée chez des MSM a montré que la mise en œuvre du conseil et du dépistage volontaire du VIH dans les établissements de soins s'accompagnait d'une diminution du nombre d'infections à VIH diagnostiquées, d'une augmentation de la proportion de personnes

testées, et d'une diminution du délai entre le diagnostic et le premier test de numération des CD4.⁸⁸

- Le conseil et le dépistage peuvent augmenter le risque de stigmatisation, mais les avantages potentiels l'emportent sur les risques.
- Les communautés accordent une grande importance au conseil et au dépistage du VIH ainsi qu'à l'accès précoce à la prise en charge et au traitement. Elles expriment cependant des inquiétudes quant à la stigmatisation et à la discrimination qui accompagnent parfois cette intervention, et quant à la capacité limitée du personnel soignant à gérer les problèmes propres aux HSH et aux personnes transgenres.

Recommandation
<p>Il est suggéré de proposer aux HSH et aux personnes transgenres des programmes de conseil et de dépistage du VIH à base communautaire liés à la prise en charge et au traitement, plutôt que de ne pas proposer de tels programmes.</p> <p><i>Recommandation forte, données de très faible qualité</i></p>
<p>Remarques complémentaires</p> <p>Des recherches supplémentaires sont nécessaires.</p>

8.3. Interventions visant à changer les comportements - Information, éducation et communication

8.3.1. Interventions au niveau individuel visant à changer les comportements en vue de prévenir l'infection à VIH

Contexte

Les interventions visant à changer les comportements en vue de prévenir l'infection à VIH sont une partie intégrante de toute riposte à l'épidémie d'infection à VIH. Par interventions au niveau individuel visant à changer les comportements, on entend les interventions où le conseil est individualisé. Elles sont centrées sur des stratégies de réduction des risques pour chaque participant pris individuellement. Des conseillers formés rencontrent en tête-à-tête chaque personne à risque de contracter le VIH pour discuter de ses comportements à risque, des stratégies pour réduire ses risques, et lui donner des informations concernant le VIH. Le contenu de ces rencontres peut varier selon l'intervention. Au cours d'une séance de conseil, le participant peut par exemple recevoir des informations pour améliorer ses connaissances sur l'infection à VIH et aussi parler de ses comportements sexuels à risque en faisant directement le lien entre ses activités et le risque d'infection à VIH, puis recevoir un conseil sur la manière de réduire ses risques.

Données disponibles

Des données de qualité moyenne montrent que les interventions au niveau individuel visant à changer les comportements permettent de réduire les comportements sexuels à risque et l'incidence de l'infection à VIH chez les HSH et les personnes transgenres. Les données retenues proviennent de quatre essais contrôlés randomisés portant sur des interventions au niveau individuel visant à changer les comportements chez les HSH et les personnes transgenres.^{90, 91, 92, 93} Ces données ont été obtenues grâce à un examen systématique des études portant sur les interventions au niveau individuel visant à changer les comportements en vue de prévenir l'infection à VIH chez les HSH et les personnes transgenres. Cet examen a également utilisé les conclusions de deux examens systématiques existants,^{94, 95} ainsi que l'ensemble des études publiées ultérieurement et retrouvées à l'aide d'une recherche bibliographique complémentaire (annexe 3)*. Les données utilisées pour cette recommandation étaient de qualité moyenne, car toutes les études retenues ont été menées dans des pays à revenu élevé.

* L'ensemble des annexes est disponible sur le site Web de l'OMS (<http://www.who.int/hiv/en/>).

Résumé des résultats

Quatre études ont fourni des informations portant sur les effets de l'intervention sur les rapports anaux non protégés ; une autre étude a également pris en compte comme critère l'incidence de l'infection à VIH. La recherche bibliographique n'a retrouvé aucune étude apportant des informations sur les questions liées à la qualité de vie en fonction de l'intervention. Dans les quatre études retenues, le changement de comportement lié à des interventions au niveau individuel s'est traduit par une réduction globale de 18 % des comportements à risque, à savoir une réduction des rapports anaux non protégés. Le risque relatif de 0,82 (IC à 95 % : 0,64-1,05) indique un avantage modéré, mais statistiquement non significatif, des interventions au niveau individuel visant à changer les comportements sur les résultats en termes de comportement. Les interventions au niveau individuel visant à changer les comportements ont également entraîné une réduction de 18 % de l'incidence de l'infection à VIH ; la seule étude à s'être penchée sur l'incidence de l'infection à VIH a montré un avantage modéré mais statistiquement non significatif sur ce paramètre (RR : 0,82, IC à 95 % : 0,64-1,05)*. Le score attribué à ces données a été diminué du fait du caractère indirect des résultats (à savoir des comportements indiqués par les participants eux-mêmes), du fait qu'aucune étude n'ait été menée dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, et du manque de précision des données en raison d'un nombre très faible d'événements.

Avantages et risques

Les avantages de l'intervention l'emportent sur les risques. La qualité de vie (désagréments, intervention inutile, angoisse et discrimination) n'a pas été mesurée.

Acceptabilité et faisabilité

Les interventions au niveau individuel visant à changer les comportements sont à la fois acceptables et faisables pour cette population cible. Dans le rapport sur les valeurs et les préférences, les participants ont indiqué que la réussite de la mise en œuvre d'interventions visant à changer les comportements dépend de l'existence d'un environnement favorable.⁶⁶

Points de discussion supplémentaires et orientations de recherche

Pour que ces interventions atteignent leur but, il faudra les adapter au contexte local, et disposer d'un environnement favorable et des ressources humaines nécessaires. Bien que certaines études aient été menées dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, aucune ne disposait des informations nécessaires pour être retenues dans cet examen systématique. Des recherches sont nécessaires pour évaluer l'efficacité des interventions au niveau individuel visant à changer les

* Ce n'est pas une erreur. Le RR et l'IC à 95 % étaient similaires (RR : 0,82 ; IC à 95 % : 0,64-1,05) pour les deux résultats (comportement à risque et incidence de l'infection à VIH).

comportements chez les HSH et les personnes transgenres dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Points clés

- Les programmes d'intervention au niveau individuel visant à changer les comportements consistent en interventions en tête-à-tête axées sur des stratégies de réduction des risques où chaque participant est reçu individuellement.
- Les interventions visant à changer les comportements ont entraîné une réduction de 18 % des comportements à risque et une réduction de 18 % de l'incidence de l'infection à VIH. Aucun de ces résultats n'était statistiquement significatif.
- Les avantages de l'intervention l'emportent sur les risques.
- Les interventions au niveau individuel visant à changer les comportements sont acceptables et faisables pour cette population cible.

Recommandation
<p>Il est suggéré de mettre en œuvre des interventions au niveau individuel visant à changer les comportements en vue de prévenir l'infection à VIH et les IST chez les HSH et les personnes transgenres, plutôt que de ne pas mettre en œuvre ce type d'interventions.</p> <p><i>Recommandation soumise à conditions, données de qualité moyenne</i></p> <p>Remarques complémentaires</p> <p>Pour que ces interventions atteignent leur but, il faut les adapter au contexte local, et disposer d'un environnement favorable et des ressources humaines nécessaires. Des recherches sont nécessaires pour évaluer l'efficacité des interventions au niveau individuel visant à changer les comportements chez les HSH et les personnes transgenres dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.</p>

8.3.2. Interventions au niveau de la communauté visant à changer les comportements en vue de prévenir l'infection à VIH

Contexte

Les interventions au niveau de la communauté visant à changer les comportements en vue de prévenir l'infection à VIH chez les HSH et les personnes transgenres sont des interventions où des faiseurs d'opinions populaires sont formés pour faire passer des messages à leurs pairs, avec pour effet un changement de comportement dans l'ensemble de leur communauté. Parmi ces

interventions, on peut nommer les activités d'émancipation, les activités de proximité, les séances en petit groupe, et les activités d'encadrement.

Données disponibles

Les données concernant les interventions au niveau de la communauté visant à changer les comportements en vue de prévenir l'infection à VIH sont de faible qualité. Les données utilisées pour étayer cette recommandation ont été obtenues à partir d'examen des données ayant été déjà réalisés par le passé et qui portaient sur les interventions au niveau de la communauté en vue de prévenir l'infection à VIH chez les HSH et les personnes transgenres, et à partir d'une recherche bibliographique systématique des données provenant d'articles publiés par la suite (annexe 3)*.^{94, 95} Les données retenues proviennent de cinq essais contrôlés randomisés portant sur des interventions au niveau de la communauté visant à changer les comportements chez les HSH et les personnes transgenres.^{96, 97, 98, 99, 100} Les données portant sur la réduction des comportements sexuels à risque induits par des interventions au niveau de la communauté visant à changer les comportements chez les HSH et les personnes transgenres sont de faible qualité. Leur score a été diminué du fait du caractère indirect des résultats, à savoir des comportements indiqués par les participants eux-mêmes, et en raison de limites liées à l'étude elle-même (à savoir un fort taux de perdus de vue atteignant 42 % dans l'une des cohortes). Une diminution supplémentaire du score est due au fait qu'une seule étude a été menée en situation de revenu faible ou intermédiaire.

Résumé des résultats

Cinq études portant sur des interventions au niveau de la communauté visant à changer les comportements chez les HSH et personnes transgenres ont été retenues pour l'examen des données. Le changement de comportement lié à des interventions au niveau de la communauté s'est traduit par une réduction de 25 % des comportements à risque. Le résultat global de changement de comportements obtenu pour les cinq études retenues montre un niveau modéré de changement de comportements, mais qui n'est pas significatif (RR : 0,75 ; IC à 95 % : 0,51-1,09). Aucune des études n'a fourni de données sur l'incidence de l'infection à VIH ou des IST, ou sur la qualité de vie.

Avantages et risques

Les avantages des interventions au niveau de la communauté visant à changer les comportements en vue de la prévention de l'infection à VIH chez les HSH et les personnes transgenres l'emportent sur les risques de ces interventions.

* L'ensemble des annexes est disponible sur le site Web de l'OMS (<http://www.who.int/hiv/en/>).

Acceptabilité et faisabilité

Les interventions au niveau de la communauté visant à changer les comportements sont à la fois acceptables et faisables pour cette population cible. Dans le rapport sur les valeurs et les préférences, les participants ont indiqué que la réussite de la mise en œuvre d'interventions visant à changer les comportements dépend de l'existence d'un environnement favorable.⁶⁶ Leur mise en œuvre exige principalement des ressources humaines, ce qui peut poser des problèmes dans certains contextes. Pour que ces interventions atteignent leur but, il faudra les adapter au contexte local, disposer d'un environnement favorable et des ressources humaines nécessaires.

Points de discussion supplémentaires et orientations de recherche

Des recherches sont nécessaires pour évaluer l'efficacité des interventions au niveau de la communauté visant à changer les comportements chez les HSH et les personnes transgenres.

Points clés

- Les interventions au niveau de la communauté visant à changer les comportements en vue de prévenir l'infection à VIH chez les HSH et les personnes transgenres sont des interventions où des faiseurs d'opinions populaires sont formés pour faire passer des messages à leurs pairs, avec pour effet un changement de comportement dans l'ensemble de leur communauté.
- Le changement de comportement lié à des interventions au niveau de la communauté s'est traduit par une réduction de 25 % des comportements à risque.
- Les avantages de l'intervention l'emportent sur les risques.
- Les interventions au niveau de la communauté visant à changer les comportements sont à la fois acceptables et faisables pour cette population cible.

Recommandation
<p>Il est suggéré de mettre en œuvre des interventions au niveau de la communauté visant à changer les comportements en vue de prévenir l'infection à VIH et les IST chez les HSH et les personnes transgenres, plutôt que de ne pas mettre en œuvre ce type d'interventions.</p> <p><i>Recommandation soumise à conditions, données de faible qualité</i></p> <p>Remarques complémentaires</p> <p>Des recherches sont nécessaires pour évaluer l'efficacité des interventions au niveau de la communauté visant à changer les comportements chez les HSH et les personnes transgenres.</p>

8.3.3. Stratégies ciblées basées sur Internet

Contexte

Chaque jour, des gens cherchent à obtenir des informations sur des questions de santé à partir de sites Web et d'autres sources d'information en ligne. Ainsi sont nées des opportunités pour élaborer des interventions basées sur Internet en vue de prévenir l'infection à VIH, afin que les HSH et les personnes transgenres disposant d'un accès Internet puissent recevoir plus facilement, de manière anonyme et privée et aux heures qui leur conviennent, des messages pertinents de prévention de l'infection à VIH. Ces différents types d'interventions sont susceptibles de fournir des informations et des stratégies très adaptées qui répondent aux besoins spécifiques de chacun.

Données disponibles

Deux essais contrôlés randomisés ont rempli les critères de recherche bibliographique (annexe 3) *. L'un a été mené au Pérou, l'autre aux États-Unis d'Amérique.^{101, 102} Une étude a évalué l'efficacité d'une vidéo ciblée de motivation, disponible en ligne, portant sur le recours au conseil et au dépistage du VIH et des IST ; l'autre a évalué des modules interactifs sur la santé sexuelle visant à diminuer la fréquence des rapports anaux non protégés. Les deux interventions ciblaient les HSH et aucune n'avait l'acquisition du VIH ou d'une IST comme critère d'évaluation principal. Le score attribué à chacune des études a été diminué en raison de certaines limites, d'un manque de précision et du caractère indirect des résultats. Les données disponibles sont de très faible qualité. La force attribuée à la recommandation a été « soumise à conditions », étant donné la faible qualité des données et l'effet réduit de l'intervention. Toutefois, d'un commun accord, il a également été décidé de classer comme forte cette recommandation dans les situations où les pratiques sexuelles entre personnes de même sexe sont illégales et où l'Internet est le seul moyen de communication.

Résumé des résultats

Les informations concernant deux critères d'évaluation principaux ont été retenues pour l'examen systématique des données. L'une des deux études a étudié l'effet d'une vidéo ciblée de motivation disponible en ligne sur le taux de participation au conseil et au dépistage du VIH et des IST. La population était composée à la fois d'hommes identifiés comme gay et d'hommes identifiés comme non-HSH. L'autre étude a évalué si le fait d'avoir regardé des modules interactifs sur la santé sexuelle était associé à une réduction du nombre de partenaires avec lesquels les participants signalaient avoir eu des rapports anaux non protégés. L'étude ayant évalué l'efficacité d'une vidéo ciblée de motivation disponible en ligne n'a retrouvé aucun changement significatif dans les taux de conseil et de dépistage du VIH et des IST chez les hommes identifiés comme gay qui ont reçu l'intervention par

* L'ensemble des annexes est disponible sur le site Web de l'OMS (<http://www.who.int/hiv/en/>).

rapport à ceux qui ne l'ont pas reçue (RR : 1,07 ; IC à 95 % : 0,4-2,85). Parmi les hommes identifiés comme non-HSH, il est possible que la vidéo ait été efficace pour promouvoir le conseil et le dépistage du VIH et des IST ; il n'a pas été possible néanmoins de calculer le RR, car aucun des participants du groupe témoin n'a fait un test de dépistage (11,3 % ayant fait un test de dépistage dans le groupe ayant reçu l'intervention contre 0 % dans le groupe témoin). L'étude ayant évalué l'efficacité de modules interactifs sur la santé sexuelle a montré qu'un plus grand nombre de HSH qui ont reçu cette intervention ont signalé moins de partenaires avec lesquels ils ont eu des rapports anaux non protégés après trois mois de suivi par rapport à ceux qui n'ont pas reçu l'intervention (RR : 1,04 ; IC à 95 % : 0,91-1,19).

Avantages et risques

Les avantages pourraient l'emporter sur les méfaits, mais ceci est à confirmer par des essais contrôlés randomisés qui devront être rigoureux et porter sur une large population de participants.

Acceptabilité et faisabilité

L'acceptabilité et la faisabilité de ces interventions n'ont pas été directement évaluées dans les études décrites ci-dessus. L'étude sur l'effet d'une vidéo ciblée a évalué la perception que les participants ont eue de cette intervention ; la majorité a jugé l'intervention « très bonne ».

Points de discussion supplémentaires et orientations de recherche

Aucune des interventions retenues pour cet examen des données n'avait de critère d'évaluation biologique. Il n'existe donc aucune donnée permettant d'évaluer l'effet de ces interventions sur la prévalence ou l'incidence de l'infection à VIH ou des IST. De nouvelles études doivent être menées pour tenter de répondre à ces questions. Une seule étude a été menée dans un pays à revenu faible ou intermédiaire ; il s'agissait aussi de la seule étude où des personnes transgenres figuraient au nombre des participants, mais elle n'a pas fourni de résultats spécifiques pour cette population. Davantage d'études doivent être menées dans des pays à revenu faible ou intermédiaire et inclure des personnes transgenres. Le rôle des réseaux sociaux virtuels dans la prévention de l'infection à VIH et dans l'accès à la prise en charge et au traitement doit être évalué minutieusement.

Points clés

- Les interventions basées sur Internet en vue de prévenir l'infection à VIH permettent aux HSH et aux personnes transgenres disposant d'un accès Internet de recevoir plus facilement, de manière anonyme et privée et aux heures qui leur conviennent, des messages pertinents de prévention de l'infection à VIH, en particulier dans les situations où les pratiques sexuelles entre personnes de même sexe sont illégales.

- Il n’y avait aucun changement significatif dans les taux de conseil et de dépistage du VIH et des IST chez les hommes identifiés comme gay qui ont vu la vidéo ciblée de motivation disponible en ligne par rapport à ceux qui ne l’ont pas vue.
- Un plus grand nombre d’HSH qui ont suivi les modules interactifs sur la santé sexuelle ont signalé moins de partenaires avec lesquels ils ont eu des rapports anaux non protégés après trois mois de suivi par rapport à ceux qui n’ont pas reçu l’intervention.
- Les avantages pourraient l’emporter sur les méfaits, mais ceci est à confirmer par des essais contrôlés randomisés qui devront être rigoureux et porter sur une large population de participants.

Recommandation
<p>Il est suggéré de proposer des informations ciblées basées sur Internet en vue de diminuer les comportements à risque et d’augmenter le recours au conseil et au dépistage du VIH et des IST chez les HSH et les personnes transgenres, plutôt que de ne pas proposer ces informations.</p> <p><i>Recommandation soumise à conditions, données de très faible qualité</i></p> <p>Remarques complémentaires</p> <p>De nouvelles études doivent inclure des critères d’évaluation biologiques, être menées dans des pays à revenu faible ou intermédiaire et inclure des personnes transgenres.</p>

8.3.4. Stratégies basées sur le marketing social

Contexte

Depuis le début de l’épidémie d’infection à VIH, des campagnes de marketing social ont été menées auprès des populations à haut risque pour prévenir cette infection.^{103, 104} Cependant, aucun examen systématique n’a jamais été effectué pour évaluer l’efficacité de ces campagnes chez les HSH et les personnes transgenres. Sur des points de santé très divers, il a été démontré que le marketing social permet de changer ou de promouvoir certains comportements en rapport avec la santé dans différentes populations et situations.^{105, 106, 107} De nombreux facteurs individuels, socioculturels, communautaires et structurels peuvent empêcher les HSH et les personnes transgenres d’avoir des pratiques sexuelles sûres ou de vouloir bénéficier d’un conseil et d’un dépistage du VIH et des IST. En ce sens, les interventions de marketing social visent à lever ces obstacles et à accroître les avantages associés au comportement désiré afin d’obtenir un changement de comportement.

Données disponibles

La stratégie de recherche bibliographique s'est concentrée sur les études ayant évalué des campagnes locales ou régionales de marketing social ou de création et de promotion d'une marque de « produits sociaux », campagne visant à sensibiliser les HSH et les personnes transgenres au conseil et au dépistage du VIH et des IST et à augmenter leur recours à ces services. Trois études d'observation répondant aux critères de recherche bibliographique ont été identifiées (annexe 3)*
*^{108, 109, 110} Aucune donnée sur les effets de ces interventions sur l'incidence ou la prévalence de l'infection à VIH ou des IST n'a été retrouvée.

Le score de chacune de ces études a été diminué du fait de leur manque de précision ou de facteurs propres à leur conception. Les interventions étaient destinées uniquement à des HSH et jamais à des personnes transgenres. Les données montrant que le taux de conseil et de dépistage du VIH a considérablement augmenté après une campagne multimédia de marketing social sont de très faible qualité. En outre, aucune de ces études n'a été menée dans des pays à revenu faible ou intermédiaire.

Résumé des résultats

Chacune des trois études a étudié l'effet de campagnes multimédia sur l'augmentation du recours au conseil et au dépistage de la syphilis, de l'infection à VIH ou de ces deux infections. Deux études n'ont pas montré d'augmentation du recours au conseil et au dépistage après exposition à de telles campagnes. Une étude a montré dans la population étudiée une augmentation significative du recours au conseil et au dépistage du VIH après l'intervention ; suite au lancement de la campagne multimédia, le nombre d'HSH qui ont fait un dépistage du VIH sur le site de l'étude est passé de 65 à 292 ($P < 0,001$).¹¹⁰ L'odds ratio (OR) combiné obtenu à partir des deux études portant sur l'effet du marketing social sur le conseil et le dépistage du VIH était le suivant : OR : 1,58 (IC à 95 % : 1,4-1,77). L'intervention n'était associée à aucun avantage en ce qui concerne le recours au conseil et au dépistage des IST (OR : 0,94, IC à 95 % : 0,68-1,28).^{108, 109}

Avantages et risques

Les avantages l'emportent sur les risques.

Acceptabilité et faisabilité

L'acceptabilité n'a pas été évaluée. Certaines stratégies de marketing social ciblant les HSH ont été utilisées par le passé, et leur faisabilité dépend de leur coût, lequel dépend du type de média utilisé. Il est très probable que le marketing social ciblant les HSH et les personnes transgenres nécessite un

* L'ensemble des annexes est disponible sur le site Web de l'OMS (<http://www.who.int/hiv/en/>).

environnement social où les pratiques sexuelles entre personnes de même sexe ne sont pas criminalisées.

Points de discussion supplémentaires et orientations de recherche

Le marketing social doit s'inscrire dans un ensemble complet d'interventions visant à augmenter la fréquentation des services. Ces interventions se sont montrées efficaces pour atteindre la population générale ou certaines populations ciblées autres que les HSH. Les campagnes doivent tenir compte du degré actuel d'homophobie afin d'éviter d'accroître ce problème. La conception et la réalisation des campagnes de marketing social doivent se faire en collaboration avec les communautés.

Aucune des études retenues dans cet examen n'a utilisé de critère d'évaluation biologique. Il n'existe aucune donnée permettant d'évaluer l'effet de ces interventions sur la prévalence ou l'incidence de l'infection à VIH ou des IST. De nouvelles études doivent être menées pour combler cette lacune. Aucune des trois études retenues n'a été menée dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, et aucune n'a ciblé les personnes transgenres. De nouvelles études doivent être menées dans des pays à revenu faible ou intermédiaire et prendre en considération les personnes transgenres.

Points clés

- Sur des points de santé très divers, il a été démontré que le marketing social permet de changer ou de promouvoir certains comportements en rapport avec la santé dans différentes populations et situations. Cependant, aucun examen systématique n'a jamais été effectué pour évaluer l'efficacité de ces interventions chez les HSH.
- Chacune des trois études retenues a étudié l'effet de campagnes multimédia sur l'augmentation du recours au conseil et au dépistage de la syphilis, de l'infection à VIH ou de ces deux infections. Une étude a montré une augmentation significative du recours au conseil et au dépistage du VIH après que la population a reçu l'intervention.
- Les avantages l'emportent sur les risques, mais il est nécessaire de mener des recherches supplémentaires.
- L'acceptabilité n'a pas été évaluée. Des campagnes de ce type ont été menées par le passé, ce qui montre qu'elles sont potentiellement réalisables une fois prises en considération les questions de coût, lequel dépend du type de média utilisé.

Recommandation

Il est suggéré d'utiliser des stratégies de marketing social en vue d'augmenter le recours au conseil et au dépistage du VIH et des IST chez les HSH et les personnes transgenres, plutôt que de ne pas utiliser ces stratégies.

Recommandation soumise à conditions, données de très faible qualité

Remarques complémentaires

Il n'existe aucune donnée permettant d'évaluer l'effet de ces interventions sur la prévalence ou l'incidence de l'infection à VIH ou des IST. De nouvelles études doivent être menées dans des pays à revenu faible ou intermédiaire pour répondre à ces questions.

8.3.5. Stratégies de sensibilisation dans les lieux de rencontre de type commercial

Contexte

Un groupe important d'HSH signale des comportements à haut risque dans des lieux de rencontre de type commercial, à savoir des lieux à l'extérieur du domicile où des hommes rencontrent d'autres hommes pour avoir des rapports sexuels occasionnels, généralement anonymes.^{111, 112, 113} Ces lieux peuvent par exemple être désignés par saunas, bains, *sex-clubs* ou clubs de fitness. La principale raison d'être de ces lieux de rencontre de type commercial est de permettre à des hommes d'avoir sur place des rapports sexuels avec d'autres hommes. Un autre type de lieux de rencontre regroupe des espaces publics (ex. : parcs, plages, ruelles, toilettes publiques) et des endroits à vocation commerciale (ex. : librairies pour adultes, *backrooms* de bars, salles de cinéma pour adultes).¹¹⁴ Des interventions de prévention dans des lieux de rencontre de type commercial pourraient vraisemblablement avoir un impact pour réduire la propagation du VIH chez les HSH à haut risque.

Données disponibles

La stratégie de recherche bibliographique s'est concentrée sur les études ayant évalué des interventions destinées aux HSH proposées dans des lieux de rencontre de type commercial, et consistant à fournir ou faire passer des messages ciblés de santé publique. Les données retenues ont été tirées d'une étude d'observation qui répondait aux critères de recherche bibliographique (annexes 3, 7)*.¹¹⁵ Les données sont de très faible qualité. Aucune donnée sur les effets de ces interventions sur l'incidence ou la prévalence de l'infection à VIH ou des IST n'a été retrouvée. Les interventions ont porté uniquement sur des HSH (aucune intervention sur les personnes transgenres), et l'étude a été réalisée dans un pays à revenu élevé.

* L'ensemble des annexes est disponible sur le site Web de l'OMS (<http://www.who.int/hiv/en/>).

Résumé des résultats

L'étude a examiné et évalué l'effet de proposer à des HSH un conseil et un dépistage du VIH dans un lieu de rencontre de type commercial sur le taux de rapports anaux non protégés signalés par les participants eux-mêmes au cours des trois mois de suivi. Le score attribué à cette étude a été diminué du fait du caractère indirect des résultats ; les données ont été considérées comme étant de très faible qualité. Une réduction de 40 % (RR : 0,60 ; IC à 95 % : 0,40-0,90) a été observée chez les HSH ayant reçu l'intervention par rapport à ceux qui ne l'ont pas reçue. Le critère d'évaluation principal utilisé dans cette étude était le fait de signaler des rapports anaux non protégés, et l'intervention a montré un certain niveau de protection, avec les limites méthodologiques mentionnées précédemment.

Avantages et risques

Les avantages l'emportent sur les risques.

Acceptabilité et faisabilité

Ces paramètres n'ont pas été directement évalués. Le rapport sur les valeurs et les préférences signale toutefois que la mise en œuvre d'interventions visant à changer les comportements dans des lieux de rencontre de type commercial nécessite l'existence d'un environnement favorable.⁶⁶

Points de discussion supplémentaires et orientations de recherche

Les espaces publics comme les parcs et les toilettes publiques ne font pas partie des lieux de rencontre de type commercial. Les interventions dans ce contexte sont limitées à la fourniture d'informations. Il n'existe aucune donnée permettant d'évaluer l'effet de l'intervention proposée sur la prévalence ou l'incidence de l'infection à VIH ou des IST. De nouvelles études doivent être menées pour répondre à ces questions. La seule étude retenue a été menée dans un pays à revenu élevé. De nouvelles études doivent être menées dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. Il est également nécessaire de mener d'autres recherches pour évaluer les effets obtenus en introduisant des interventions supplémentaires telles que la distribution et l'utilisation de préservatifs ou le conseil et le dépistage du VIH.

Points clés

- Un groupe important d'HSH signale des comportements à haut risque dans des lieux de rencontre de type commercial, à savoir des lieux à l'extérieur du domicile où des hommes rencontrent d'autres hommes pour avoir des rapports sexuels occasionnels, généralement anonymes. Des interventions de prévention dans des lieux de rencontre de type commercial

pourraient vraisemblablement avoir un impact pour réduire la propagation du VIH chez les HSH à haut risque.

- Une réduction de 40 % a été observée chez les HSH ayant reçu l'intervention par rapport à ceux qui ne l'ont pas reçue.
- Les avantages l'emportent sur les risques.
- L'acceptabilité n'a pas été évaluée. Un environnement favorable est toutefois nécessaire pour la mise en œuvre d'interventions visant à changer les comportements dans des lieux de rencontre de type commercial.

Recommandation

Il est suggéré de mettre en œuvre des stratégies de sensibilisation dans les lieux de rencontre de type commercial en vue de diminuer les comportements à risque chez les HSH et les personnes transgenres et d'augmenter leur recours au conseil et au dépistage du VIH et des IST, plutôt que de ne pas mettre en œuvre ce type de stratégies.

Recommandation soumise à conditions, données de très faible qualité

Remarques complémentaires

Il n'existe aucune donnée permettant d'évaluer l'effet de cette intervention sur la prévalence ou l'incidence de l'infection à VIH ou des IST. De nouvelles études doivent être menées dans des pays à revenu faible ou intermédiaire pour répondre à ces questions. Il est également nécessaire de mener d'autres recherches pour évaluer les effets obtenus en introduisant des interventions supplémentaires telles que la distribution et l'utilisation de préservatifs ou le conseil et le dépistage du VIH.

8.4. Consommation de drogues, prévention des infections véhiculées par le sang

8.4.1. Interventions en santé mentale dans le cadre de la consommation de drogues

Contexte

De nombreux HSH et personnes transgenres ont un problème de consommation d'alcool et de drogues ou de dépendance à ces produits, facteurs qui sont liés à une morbidité et à une mortalité importantes.⁵² Il a été clairement établi que la consommation de drogues injectables joue un rôle dans l'augmentation du risque d'infection à VIH du fait de l'utilisation de matériel d'injection contaminé ;¹¹⁶ la consommation d'alcool et d'autres substances, ainsi que la dépendance à ces produits, sont nocives et également associées à une diminution de la capacité de garder à l'esprit les pratiques de prévention ou à une augmentation des risques sexuels en raison d'une désinhibition sexuelle (souvent intentionnelle, par exemple dans le cas de la consommation de stimulants comme la cocaïne et la méthamphétamine).¹¹⁷ Vendre des faveurs sexuelles pour assurer son approvisionnement en drogue augmente également le risque d'infection à VIH.¹¹⁸

Cadre des recommandations

Dans le guide du Programme d'action de l'OMS intitulé « Comblent les lacunes en santé mentale », publié en 2010, qui porte sur les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives,¹¹⁹ des interventions spécifiques sont recommandées pour la prévention et la prise en charge de la consommation de drogues nocives ou entraînant une dépendance, basées sur des données d'efficacité et de faisabilité de l'extension de ces interventions. Il s'agit notamment des recommandations suivantes :

- Dépistage de la consommation de drogues nocives et interventions brèves par un professionnel de soins de santé primaire formé à cet effet
- Mesures pour diminuer les méfaits associés à la consommation de drogues
- Combinaison d'interventions brèves et d'interventions plus complexes contre la dépendance aux drogues, notamment :
 - Traitement pharmacologique de la dépendance aux opiacés à l'aide d'agonistes des opioïdes à action prolongée (ex. : méthadone, buprénorphine) avec assistance psychosociale
 - Recommandation pour une désintoxication et une aide à la prévention des rechutes pour toutes les autres substances

- Orientation vers les services appropriés et soutien (sous forme de surveillance) par des spécialistes pour lutter contre la dépendance aux drogues, si nécessaire.

Points de discussion supplémentaires et orientations de recherche

L'épidémiologie des drogues les plus souvent consommées par les HSH et les personnes transgenres, y compris les drogues dites « festives » comme la méthamphétamine, doit faire partie des priorités de recherche. Les aspects à étudier à privilégier sont la fréquence et les modes de consommation (orale, inhalation, injection), la progression géographique et les interventions de prévention.

Points clés

- De nombreux HSH et personnes transgenres ont un problème de consommation d'alcool et de substances ou de dépendance à ces produits, qui, du fait de la désinhibition qu'il engendre, augmente le risque d'infection à VIH. Vendre des faveurs sexuelles pour assurer son approvisionnement en drogue augmente également le risque d'infection à VIH.

Recommandation
<p>Les HSH et les personnes transgenres consommateurs d'alcool et d'autres substances nocives doivent avoir accès à des interventions psychosociales brèves basées sur des données factuelles et comprenant une évaluation, ainsi qu'une rétro-information spécifique et des conseils.</p> <p><i>Conforme aux orientations existantes de l'OMS¹¹⁹</i></p> <p>Remarques complémentaires</p> <p>L'épidémiologie des drogues les plus souvent consommées par les HSH et les personnes transgenres, y compris les drogues dites « festives » comme les stimulants de type amphétamine, doit faire partie des priorités de recherche. Les aspects à étudier à privilégier sont la fréquence et les modes de consommation (orale, inhalation, injection), la progression géographique et les interventions de prévention.</p>

8.4.2. Réduction des méfaits en cas de consommation de drogues injectables

Contexte

Chez les HSH et les personnes transgenres qui consomment des drogues injectables, le partage de matériel d'injection contaminé augmente le risque d'acquisition du VIH. Les recommandations présentées ci-dessous sont axées sur la fourniture de matériel d'injection stérile^{120, 121, 122, 123} et sur le traitement de substitution aux opiacés.¹²⁴

Cadre des recommandations

Plusieurs examens complets des données portant sur les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues et sur le traitement de substitution aux opiacés ont été identifiés. Tous ont confirmé que les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues sont efficaces pour réduire la propagation du VIH, et que le traitement de substitution aux opiacés est efficace pour réduire la fréquence des injections. Les examens des données publiés plus récemment portant sur des données plus nombreuses et de meilleure qualité ont réitéré cette même conclusion avec une assurance encore accrue.

Des données convaincantes montrent que le fait d'augmenter la disponibilité et l'utilisation de matériel d'injection stérile pour les consommateurs de drogues injectables réduit considérablement les nouveaux cas d'infection à VIH. De nombreuses données montrent aussi que la disponibilité de matériel d'injection stérile en pharmacie offre d'autres avantages spécifiques, en plus de ceux qu'apportent les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues. Le traitement de substitution aux opiacés par la méthadone ou la buprénorphine est très efficace pour réduire les comportements qui, lors des injections, augmentent le risque d'infection par le VIH chez les consommateurs de drogues injectables. En outre, il a été démontré que le traitement de substitution aux opiacés permet d'améliorer l'accès aux TAR ainsi que l'observance de ce traitement, et de réduire la mortalité.¹²⁰

Il n'existe pas de données convaincantes montrant que l'accès à des programmes de distribution d'aiguilles ou de seringues ou au traitement de substitution aux opiacés rend plus fréquent le début de la consommation de drogues illicites ou de drogues injectables, augmente la durée de cette consommation, ou augmente la fréquence des injections de drogue. Les avantages l'emportent sur les risques possibles. Les programmes de distribution d'aiguilles ou de seringues et le traitement de substitution aux opiacés sont des interventions rentables ; ils peuvent aussi avoir des avantages supplémentaires intéressants, comme par exemple faciliter l'accès au traitement médicamenteux et éventuellement aux soins de santé primaires, et prendre des mesures contre les IST, la tuberculose et l'hépatite virale.¹²⁰

Il n'existe aucune donnée montrant que l'une de ces interventions prise isolément a un effet protecteur suffisamment important pour garantir une protection contre le VIH ; mais l'effet global de plusieurs interventions de réduction des méfaits semble généralement permettre un certain niveau de protection prolongée contre ce virus. Si les communautés veulent lutter contre l'infection à VIH liée la consommation de drogues injectables, il faut considérer la disponibilité d'aiguilles et de seringues stériles comme un mécanisme qui doit alors être soutenu par une série de mesures

complémentaires. Concernant les HSH et les personnes transgenres qui consomment des drogues injectables, ces interventions doivent venir en complément des programmes de santé sexuelle et des autres interventions mentionnées dans ces lignes directrices.

Points de discussion supplémentaires et orientations de recherche

Les modes de consommation de drogues injectables chez les HSH et les personnes transgenres doivent faire l'objet d'études supplémentaires.

Point clé

- Un grand nombre d'HSH et de personnes transgenres consomment des drogues injectables. Cette pratique est souvent associée à une augmentation du risque d'acquisition du VIH du fait du partage de matériel d'injection contaminé.

Recommandation
<p>Les HSH et les personnes transgenres qui consomment des drogues injectables doivent avoir accès aux programmes de distribution d'aiguilles et de seringues et au traitement de substitution aux opiacés.</p> <p><i>Conforme aux orientations existantes de l'OMS^{120, 124}</i></p> <p>Remarques complémentaires</p> <p>Les modes de consommation de drogues injectables chez les HSH et les personnes transgenres doivent faire l'objet d'études supplémentaires.</p>

8.4.3. Injections sans risque pour les personnes transgenres qui utilisent des procédures pour acquérir les caractéristiques physiques de l'autre sexe

Contexte

Il existe peu d'articles concernant les pratiques d'injection sans risque chez les personnes transgenres qui utilisent des procédures pour acquérir les caractéristiques physiques de l'autre sexe. La plupart des études ont été menées chez des personnes transgenres aux États-Unis d'Amérique. L'injection d'hormones est la pratique la plus couramment utilisée chez les personnes transgenres pour acquérir les caractéristiques physiques de l'autre sexe.^{27, 125, 126} Le traitement hormonal doit être prescrit et supervisé par du personnel médical. Il est cependant fréquent que les personnes transgenres se procurent des hormones en dehors des structures médicales et se fassent elles-mêmes les injections.¹²⁷ Des données suggèrent que la fourniture d'hormones, lorsqu'elle fait l'objet d'une supervision, ouvre la possibilité de répondre à d'autres besoins en matière de santé, y compris la prévention de l'infection à VIH.^{128, 129, 130} L'injection de silicone est une pratique moins fréquente ;

elle est plus répandue en Amérique du Sud (où certaines sources attestent de la pratique de l'injection de silicone industriel) que dans les autres régions.¹²⁷ L'injection de silicone industriel est un processus potentiellement nocif et irréversible qui doit être découragé.¹³¹

Cadre des recommandations

Il n'existe pas de données permettant de conclure à une association entre injection d'hormones ou de silicone et infection à VIH. Cependant, dans la mesure où les personnes s'administrent fréquemment elles-mêmes ces substances, le partage des seringues et donc la transmission du VIH sont donc possibles.¹³²

Comme cela est indiqué dans les *Principes directeurs applicables à la sécurité du matériel d'injection*,¹³³ l'utilisation de matériel d'injection stérile et le respect des pratiques d'injection sans risque réduisent le risque d'infection par des agents pathogènes véhiculés par le sang comme le VIH, le virus de l'hépatite B et le virus de l'hépatite C, et doivent être recommandés. Les avantages l'emportent sur les risques.

Points de discussion supplémentaires et orientations de recherche

Les caractéristiques des injections destinées à acquérir les caractéristiques physiques de l'autre sexe chez les personnes transgenres dans les différentes parties du monde doivent être mieux décrites.

Point clé

- L'injection d'hormones est la pratique la plus couramment utilisée chez les personnes transgenres pour acquérir les caractéristiques physiques de l'autre sexe ; cette pratique a été décrite dans plusieurs parties du monde.

Recommandation
<p>Les personnes transgenres qui s'injectent des substances pour acquérir les caractéristiques physiques de l'autre sexe doivent utiliser du matériel d'injection stérile et respecter des pratiques d'injection sans risque pour réduire le risque d'infection par des agents pathogènes véhiculés par le sang comme le VIH, le virus de l'hépatite B et le virus de l'hépatite C.</p> <p><i>Conforme aux orientations existantes de l'OMS¹³⁴</i></p> <p>Remarques complémentaires</p> <p>Les caractéristiques des injections destinées à acquérir les caractéristiques physiques de l'autre sexe chez les personnes transgenres dans les différentes parties du monde doivent être mieux décrites.</p>

8.5. Prise en charge et traitement de l'infection à VIH

8.5.1. Traitement antirétroviral pour les HSH et les personnes transgenres vivant avec le VIH

Contexte

Le traitement antirétroviral (TAR) est la principale composante pharmacologique d'une prise en charge générale et complète de l'infection à VIH. Au cours des dernières décennies, le TAR a permis de diminuer de façon importante la morbidité et la mortalité dues à cette infection. Le TAR est une intervention visant des cibles biologiques, par rapport à laquelle l'identité sexuelle joue un rôle minime ou ne joue aucun rôle sur les effets attendus ; il n'y a donc aucune raison, biologique ou autre, que les recommandations concernant le TAR pour les HSH et les personnes transgenres soient différentes de celles formulées pour les autres populations (à l'exception des femmes enceintes contaminées par le VIH et des nouveau-nés).

Il est également essentiel d'insister sur le continuum existant entre prévention et traitement dans la riposte face à l'épidémie d'infection à VIH.¹⁴ Des données récentes indiquent que le TAR joue un rôle en matière de prévention.^{87,135} L'effet observé dans ces données doit cependant être encore confirmé chez les HSH et les personnes transgenres.

Cadre des recommandations

Les recommandations sur le moment où commencer un TAR, les schémas thérapeutiques optimaux, la prise en charge des co-infections (tuberculose et hépatite virale chronique), et la prise en charge des échecs thérapeutiques chez les HSH et les personnes transgenres doivent être conformes aux recommandations mises à jour et publiées récemment par l'OMS.¹³⁶

Les recommandations émises dans les lignes directrices de l'OMS sur le TAR, adoptées par consensus, plaident en faveur d'un diagnostic précoce de l'infection à VIH, d'un commencement précoce du TAR, de l'utilisation de schémas thérapeutiques moins toxiques et d'une surveillance biologique plus stratégique. Ces lignes directrices donnent une description des schémas thérapeutiques de première intention, des schémas thérapeutiques de deuxième intention ainsi que des schémas thérapeutiques à utiliser ultérieurement les plus puissants, les plus efficaces et les plus faisables et applicables au plus grand nombre de populations. Elles indiquent également le moment optimal pour commencer un TAR, donnent une description de meilleurs critères en vue d'un changement de TAR et introduisent le concept de schémas thérapeutiques de troisième intention.

Les aspects fondamentaux de ces recommandations sont les suivants :

- 1) Un TAR doit être commencé lorsque le nombre de CD4 est ≤ 350 cellules/mm³ indépendamment de la présence ou de l'absence de symptômes cliniques, et chez les patients présentant un stade clinique de l'OMS 3 ou 4 si la numération des CD4 n'est pas disponible.
- 2) Il faut encourager une mise sous TAR de toute personne présentant une co-infection active VIH/tuberculose ou VIH/VHB.
- 3) Le traitement de première intention doit comprendre un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI) + deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI), l'un de ceux-ci devant être la zidovudine (AZT) ou le ténofovir (TDF).
- 4) Le TAR de deuxième intention doit comprendre un inhibiteur de la protéase (IP) potentialisé par le ritonavir et deux INTI, l'un de ceux-ci devant être l'AZT ou le TDF, selon ce qui a été utilisé dans le traitement de première intention, et
- 5) Tous les patients doivent avoir accès au test de numération des CD4 afin d'optimiser la prise en charge avant le début du TAR et sous TAR.

Points de discussion supplémentaires et orientations de recherche

Il est essentiel que, dans les pays, les programmes nationaux de TAR et les dirigeants de santé publique prennent en considération ces recommandations dans le contexte de l'épidémie d'infection qui leur est propre, des points forts et des faiblesses de leur système de santé, et de leur disponibilité en ressources financières, humaines et autres indispensables pour cette intervention. En adaptant ces lignes directrices, il convient d'être vigilant pour ne pas compromettre le fonctionnement des programmes de traitement en cours, en garantir l'accès aux principales populations à risque d'infection à VIH, assurer le plus grand impact possible pour le plus grand nombre de personnes ainsi que la pérennité de ces interventions. Ces nouvelles lignes directrices prennent en compte l'état actuel des connaissances, mais des données nouvelles devront être obtenues afin de décider de leur pérennité ou de leur modification ; il est donc également important de veiller à ce que l'adaptation de ces lignes directrices ne porte pas préjudice aux travaux de recherche en cours ou prévus. L'efficacité du TAR pour la prévention de l'infection à VIH a été établie par l'étude HPTN 052 dans une cohorte de couples principalement hétérosexuels où l'un des partenaires était séropositif au VIH et l'autre séronégatif.⁸⁷ L'efficacité du TAR pour la prévention de l'infection à VIH doit également être étudiée chez les couples d'HSH et de personnes transgenres dont le statut sérologique est discordant.

Point clé

- Le TAR est une intervention biomédicale pour laquelle l'identité sexuelle joue un rôle minime ou ne joue aucun rôle sur les effets attendus ; il n'y a donc aucune raison que les recommandations concernant le TAR pour les HSH et les personnes transgenres soient différentes de celles formulées pour les autres populations d'adultes ou d'adolescents.

Recommandation
Les HSH et les personnes transgenres vivant avec le VIH doivent avoir le même accès au TAR que toute autre population. Le TAR doit être commencé lorsque le nombre de CD4 est ≤ 350 cellules/mm³ (et chez les personnes présentant un stade clinique de l'OMS 3 ou 4 si le test de numération des CD4 n'est pas disponible). Ils doivent également avoir accès à une prise en charge des infections opportunistes, des co-morbidités et des échecs thérapeutiques. <i>Conforme aux orientations existantes de l'OMS¹³⁶</i>

8.5.2. Autres interventions de prévention et de prise en charge pour les HSH et les personnes transgenres vivant avec le VIH

Contexte

Une prise en charge complète des HSH et des personnes transgenres vivant avec le VIH doit commencer avant la fourniture d'un TAR. Là où les ressources sont limitées, les personnes vivant avec le VIH doivent avoir accès aux principales interventions visant à prévenir la maladie et la transmission du VIH. Des actions sont en cours dans le cadre de l'accès universel adopté par le Groupe des huit (G8), pour étendre l'ensemble des interventions de prévention, promouvoir le conseil et le dépistage du VIH, et intégrer ces interventions dans la prise en charge et le traitement des personnes contaminées par le VIH. L'expansion du conseil et du dépistage du VIH permettra d'augmenter considérablement le nombre de personnes contaminées par le VIH connaissant leur statut et pouvant bénéficier de services complets de prévention, de prise en charge et de traitement de cette infection.

Toutes les personnes contaminées par le VIH et présentant une indication clinique de TAR doivent avoir accès à ce traitement. Qu'elles aient ou non une indication de TAR, les personnes vivant avec le VIH doivent également bénéficier des mesures de prévention et de prise en charge de base de cette infection, y compris les interventions efficaces, simples et relativement peu coûteuses qui

permettent d'améliorer la qualité de vie, de prévenir la transmission du VIH et les infections opportunistes courantes, de retarder la progression de l'infection à VIH et de prévenir la mortalité.

Cadre des recommandations

L'objet principal de cette recommandation est la prévention de la transmission de la maladie à d'autres personnes et la prévention des épisodes d'infections opportunistes les plus courantes, plutôt que le traitement en cours de ce type d'infections. La prévention de la transmission de l'infection à VIH doit être intégrée à des services de prise en charge et de traitement adaptés aux besoins du pays. Cette recommandation est principalement destinée à être utilisée par les gestionnaires de programmes de lutte contre le VIH/sida au niveau national ou infranational, par les ONG qui proposent des services de prise en charge de l'infection à VIH et par les décideurs impliqués dans l'extension de la prévention, de la prise en charge et du traitement de cette infection. Ces orientations peuvent également être utiles aux cliniciens et autres prestataires qui fournissent des services de prévention et de prise en charge aux personnes vivant avec le VIH.¹³⁶

En se fondant sur les données disponibles, les domaines d'intervention dont le coût est considéré comme raisonnable et qui présentent un intérêt particulier pour les personnes vivant avec le VIH sont les suivants :

1. Conseil et soutien psychosocial
2. Partage du statut, notification aux partenaires, test et conseil
3. Prophylaxie au cotrimoxazole de certaines infections opportunistes
4. Prophylaxie de la tuberculose
5. Prévention des infections fongiques
6. Prévention des maladies sexuellement transmissibles et des autres infections du tractus génital
7. Prévention du paludisme
8. Vaccination contre certaines maladies à prévention vaccinale (hépatite B, pneumocoque, grippe et fièvre jaune)
9. Nutrition
10. Planification familiale
11. Prévention de la transmission mère-enfant du VIH
12. Programmes de distribution d'aiguilles et de seringues et traitement de substitution aux opiacés
13. Eau, assainissement et hygiène.

Nombre de ces interventions seront encore utiles une fois le TAR commencé et doivent être continuées tout au long du traitement.

Points de discussion supplémentaires et orientations de recherche

L'objectif ici est de fournir des recommandations mondiales, techniques, basées sur des données factuelles sur les interventions de prévention et de prise en charge autres que le TAR, interventions que les personnes vivant avec le VIH en situation de ressources limitées doivent s'attendre à se voir proposer dans le cadre des services de santé qu'elles reçoivent. Ces recommandations visent également à promouvoir l'expansion des interventions à l'initiative du prestataire pour la prévention de l'infection à VIH ainsi que les traitements autres que le TAR pour les adultes et les adolescents vivant avec le VIH.

Point clé

- Une prise en charge complète des HSH et des personnes transgenres vivant avec le VIH doit commencer avant de fournir un TAR. Là où les ressources sont limitées, les personnes vivant avec le VIH doivent avoir accès aux interventions essentielles pour prévenir à la fois la maladie et la transmission du VIH.

Recommandation
<p>Les HSH et les personnes transgenres vivant avec le VIH doivent avoir accès aux interventions essentielles pour prévenir la maladie et la transmission du VIH, notamment, mais non exclusivement, à une prise en charge, à un soutien et au traitement antirétroviral.</p> <p><i>Conforme aux orientations existantes de l'OMS¹³⁷</i></p> <p>Remarques complémentaires</p> <p>L'objectif ici est de fournir des recommandations mondiales, techniques et basées sur des données factuelles sur les interventions de prévention et de prise en charge autres que le TAR, interventions que les personnes vivant avec le VIH en situation de ressources limitées doivent s'attendre à se voir proposer dans le cadre des services de santé qu'elles reçoivent.</p>

8.6. Prévention et prise en charge des autres infections sexuellement transmissibles

8.6.1. Prise en charge syndromique des infections sexuellement transmissibles

Contexte

Les infections sexuellement transmissibles constituent un problème majeur de santé publique. Dans de nombreux pays, l'incidence des IST aiguës chez les HSH et les personnes transgenres est élevée.^{138, 139} La méconnaissance du diagnostic et le fait de ne pas traiter les IST à leur début peut être à l'origine de complications et de séquelles graves, notamment stérilité, cancer ano-génital et décès prématuré. Les dépenses, tant individuelles que nationales, liées à la prise en charge des IST peuvent être considérables.^{138, 140, 141}

Chez les HSH et les personnes transgenres, les symptômes et les signes les plus courants d'IST, en dehors des manifestations génito-urinaires, comprennent aussi les infections rectales. Lors de l'évaluation clinique, il faudra également s'attacher particulièrement à la recherche de signes et de symptômes d'infections ano-rectales à chlamydia et à gonocoque, celles-ci étant très répandues dans ces populations, comme le montrent la réalisation de tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN).^{13, 139, 142} Une mise à jour des lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge syndromique des IST est en cours ; la version révisée inclura un algorithme de prise en charge des infections ano-rectales.¹⁴²

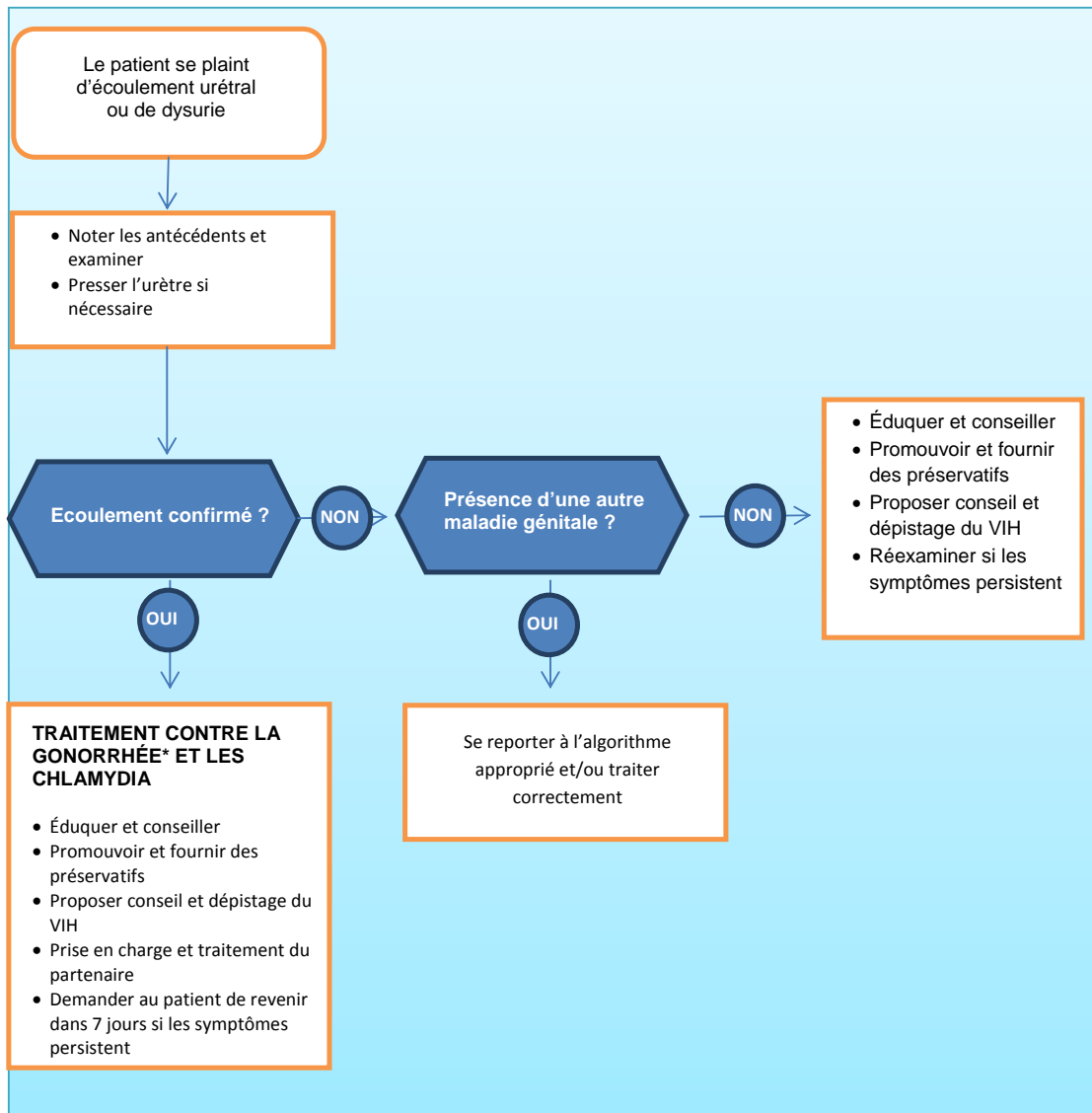
Cadre des recommandations

La prise en charge syndromique des IST repose sur l'identification de groupes cohérents de symptômes et de signes faciles à reconnaître (syndromes), et la fourniture du traitement, si possible en dose unique, approprié à la majorité des microorganismes responsables du syndrome en rapport avec une IST ou aux plus dangereux.¹⁴³ Les HSH et les personnes transgenres peuvent aussi présenter des infections rectales ; chez eux, la prise en charge syndromique ne doit donc pas se limiter à la recherche des symptômes et des signes les plus communs, tels que l'écoulement urétral et les ulcérations génitales. L'évaluation clinique doit aussi s'attacher à la recherche de syndromes de la région ano-rectale, d'ulcérations de l'anus et d'un écoulement anal. Les principaux syndromes en rapport avec des IST et particulièrement pertinents chez les HSH et les personnes transgenres sont décrits ci-dessous.

Écoulement urétral (figure 3)

Un patient HSH ou transgenre qui se plaint d'écoulement urétral et/ou de dysurie doit être examiné à la recherche d'un écoulement. Si l'observation ne retrouve aucun écoulement, on massera délicatement l'urètre de la partie proximale du pénis vers le méat afin d'obtenir un échantillon adéquat pour permettre un examen biologique. Les principaux agents pathogènes à l'origine d'un écoulement urétral sont *Neisseria gonorrhoeae* (*N. gonorrhoeae*) et *Chlamydia trachomatis* (*C. trachomatis*). La prise en charge syndromique doit inclure le traitement de ces deux infections. Lorsqu'on dispose de tests de laboratoire, il est possible de faire une distinction entre ces deux organismes et d'administrer un traitement spécifique.

Figure 3. Algorithme de prise en charge d'un écoulement urétral



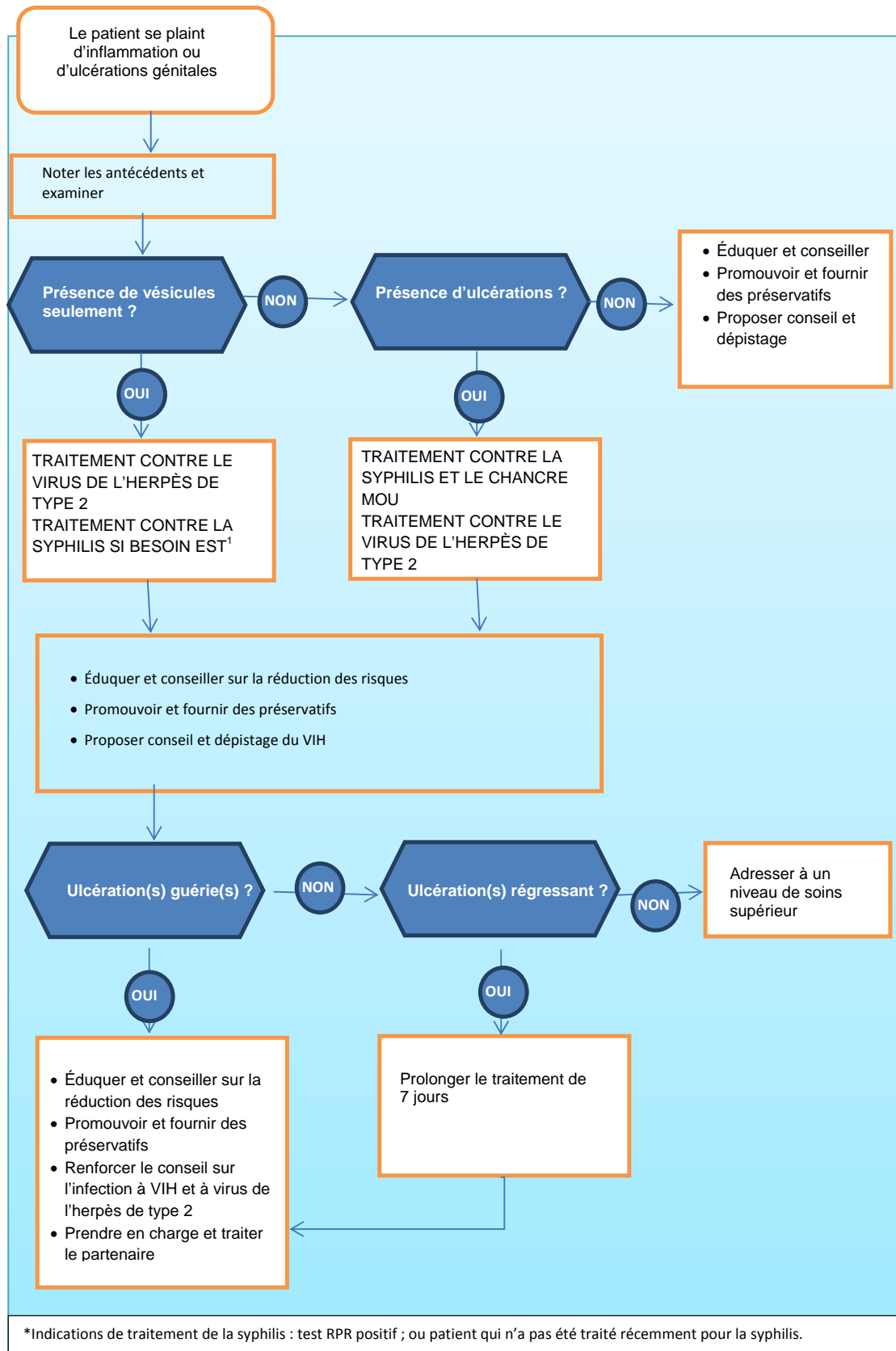
*S'il est possible de faire un examen microscopique, réaliser un étalement de l'exsudat urétral avec coloration de Gram. En l'absence d'identification de diplocoques intracellulaires à Gram négatifs, on peut envisager de traiter seulement contre l'infection à Chlamydia.

Ulcérations génitales (figure 4)

Le diagnostic clinique différentiel des ulcérations génitales n'est pas possible, en particulier dans les situations ou les populations où l'on retrouve fréquemment plusieurs agents étiologiques.¹⁴⁴ Les manifestations et les caractéristiques cliniques des ulcérations génitales peuvent en outre être modifiées par la présence d'une infection à VIH.¹⁴⁴

Après un examen clinique confirmant la présence d'ulcérations génitales, il faut administrer le traitement approprié. Dans les zones où l'infection par le virus de l'herpès de type 2, la syphilis et le chancre mou sont des pathologies fréquentes, un patient ayant des ulcérations génitales doit être traité pour les infections bactériennes afin d'assurer une guérison rapide (les ulcérations dues à une infection par le virus de l'herpès de type 2 vont entrer spontanément en rémission). Là où le granulome inguinal ou le lymphogranulome vénérien est répandu, il faut, pour la même raison, traiter l'une ou l'autre de ces pathologies ou les deux à la fois. La recherche de l'agent étiologique en laboratoire est rarement utile à la visite initiale, dans la mesure où les infections mixtes sont fréquentes.¹⁴⁴ Lorsque la prévalence de la syphilis est élevée, un test sérologique positif peut être la traduction d'une infection antérieure et donner un tableau erroné de l'état actuel du patient. Un test négatif n'exclut pas pour autant une ulcération due à une syphilis primaire dans sa phase initiale. Les tests non tréponémiques, par exemple le test rapide à la réagine (RPR), peuvent être négatifs, ce qui ne doit par conséquent pas être interprété comme une absence d'infection par la syphilis.

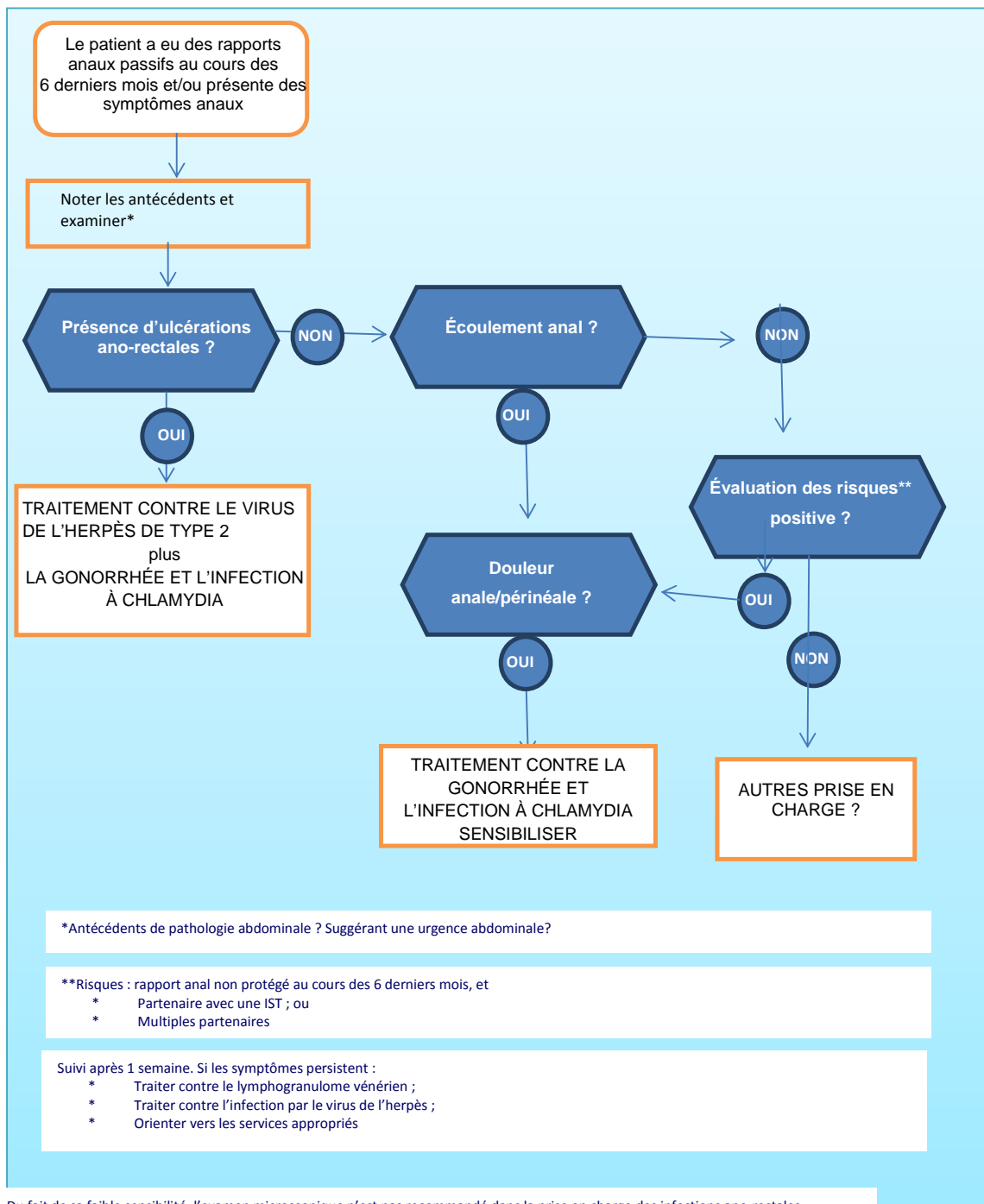
Figure 4. Algorithme de prise en charge des ulcérations génitales



Syndromes en rapport avec la région ano-rectale (figure 5)

L'algorithme pour l'examen de la région ano-rectale, qui fera partie de la prochaine révision des lignes directrices de l'OMS sur les IST, a été présenté à la réunion de consensus sur les lignes directrices concernant les HSH. À ce jour, aucune évaluation de sa spécificité et de sa sensibilité n'a été faite. Parmi les experts, il y a cependant eu consensus pour reconnaître que, en l'absence de données publiées, cet organigramme représente la meilleure approche clinique de ce syndrome. Chez toute personne ayant eu des rapports anaux passifs au cours des six derniers mois et/ou qui signale des symptômes anaux, il est recommandé selon cet algorithme de réaliser, en plus de l'interrogatoire et de l'examen clinique général, un examen ano-rectal à la recherche des deux syndromes suivants : ulcérations de l'anus et écoulement anal. Si l'on constate la présence d'ulcérations anales, un traitement contre l'infection par le virus de l'herpès de type 2, l'infection à chlamydia et la gonorrhée doit être proposé au patient. En cas d'écoulement anal accompagné de douleur, un traitement contre l'infection par le virus de l'herpès de type 2 doit être proposé. En l'absence de douleur, le syndrome peut être dû à une infection à chlamydia ou à une gonorrhée, et un traitement approprié doit être proposé.

Figure 5. Algorithme de prise en charge des infections ano-rectales¹⁴²



Du fait de sa faible sensibilité, l'examen microscopique n'est pas recommandé dans la prise en charge des infections ano-rectales.

Le succès de la prise en charge des IST exige des agents de santé qu'ils soient respectueux des patients et qu'ils ne portent pas de jugement. L'examen clinique doit être réalisé dans un environnement approprié permettant de garantir l'intimité et la confidentialité nécessaires. Dans certaines situations, les agents de santé doivent recevoir une formation pour parvenir à dominer leur propre sensibilité et pouvoir traiter de manière ouverte et constructive des questions qui ont rapport avec la sexualité ou les IST. Pour plus de détails, se reporter au *Guide pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles*¹⁴³ de l'OMS, ainsi qu'à la version révisée de ce guide en cours de préparation.

Dans l'étude portant sur les valeurs et les préférences exprimées par la communauté, les personnes interrogées ont exprimé leur désir de bénéficier d'un ensemble complet de services, y compris de procédures de dépistage des IST.⁶⁶

La prise en charge syndromique a été particulièrement conçue pour les situations où les ressources sont limitées ; sa faisabilité et son acceptabilité ont été prouvées dans la plupart des pays.^{145, 146} La faisabilité et l'acceptabilité du dépistage (de préférence atraumatique) des IST chez les HSH a également été démontrée ; il peut être réalisé dans cette population qui a souvent un accès limité au conseil et au dépistage habituel des IST réalisé dans les services de santé officiels.

Points de discussion supplémentaires et orientations de recherche

Des interventions à base communautaire doivent être mises au point pour assurer la pérennité des effets bénéfiques obtenus lors de la prise en charge des IST, et minimiser ainsi le risque de réinfection. Un accent plus important doit être mis sur le plaidoyer afin que la prise en charge syndromique des IST pour les HSH et les personnes transgenres soit adoptée.

Point clé

- Les infections sexuellement transmissibles constituent un problème majeur de santé publique. Dans de nombreux pays, l'incidence des IST aiguës chez les HSH et les personnes transgenres est élevée.

Recommandation

Les HSH et les personnes transgenres présentant une IST symptomatique doivent consulter pour une prise en charge syndromique et un traitement.

Conforme aux orientations existantes de l'OMS¹⁴³

Remarques complémentaires

Des interventions à base communautaire doivent être mises au point pour assurer la pérennité des effets bénéfiques obtenus lors de la prise en charge des IST, et minimiser ainsi le risque de réinfection. Un accent plus important doit être mis sur le plaidoyer afin que la prise en charge syndromique des IST pour les HSH et les personnes transgenres soit adoptée.

8.6.2. Dépistage périodique des formes asymptomatiques d'infections urétrales et rectales à *N. gonorrhoeae* par (1) TAAN et (2) culture ; et dépistage périodique des formes asymptomatiques d'infections urétrales et rectales à *C. trachomatis* par TAAN

Contexte

Certaines IST pouvant bénéficier d'un traitement et être guéries, comme par exemple celles dues à *N. gonorrhoeae* ou *C. trachomatis*, continuent à poser un problème majeur de santé publique chez les HSH et les personnes transgenres. L'histoire naturelle des urétrites ou des infections rectales asymptomatiques reste mal connue. Certaines personnes développeront une maladie clinique alors que d'autres élimineront spontanément l'infection. Une infection à *N. gonorrhoeae* ou *C. trachomatis* non diagnostiquée peut induire un risque potentiel d'infection par le VIH/de transmission du VIH ; une infection asymptomatique peut également être transmise à d'autres personnes. Chez l'homme et chez la femme, les infections chroniques sont associées à la stérilité. Quand elles ne sont pas diagnostiquées et traitées, ces infections peuvent entraîner des complications et des séquelles graves, et augmenter aussi le risque d'infection à VIH.

Le test le plus connu pour diagnostiquer une infection à *N. gonorrhoeae* est la culture. Toutefois, sa sensibilité est variable, allant de 72 % à 95 % sur un prélèvement d'urine réalisé chez un homme.¹⁴⁷ La culture de *C. trachomatis* nécessite un laboratoire disposant de technologies sophistiquées. Les tests les plus sensibles pour le diagnostic d'infection à *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis* sont les TAAN, notamment le test d'amplification génique, la réaction de ligature en chaîne, le test par déplacement de brin et la technique de *transcription-mediated amplification*. Ces dernières années,

les TAAN sont utilisés à grande échelle dans les pays développés, devenant, en raison de leur spécificité et de leur sensibilité élevées, la méthode de prédilection pour la recherche de *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis* dans les prélèvements génitaux. L'avantage des TAAN est que la recherche est effectuée sur de l'ARN ou de l'ADN présent dans l'échantillon, et qu'ils donnent de bons résultats même si la charge en micro-organismes est faible. Ils présentent le désavantage de nécessiter un laboratoire disposant du matériel adéquat dont le prix est élevé.

Les cas d'infections urétrales ou rectales symptomatiques causés par *N. gonorrhoeae* ou *C. trachomatis* sont fréquents chez les HSH et les personnes transgenres ; certains cas peuvent cependant être asymptomatiques, en particulier en cas d'infection par *C. trachomatis*. Une étude de prévalence des IST chez des HSH vivant avec le VIH a recherché la présence d'infections asymptomatiques à *N. gonorrhoeae* et à *C. trachomatis* dans le pharynx, le rectum et l'urine ; un test de sérologie de la syphilis a également été réalisé ; la prévalence d'une forme asymptomatique de l'une au moins de ces infections était de 14 %.¹⁴⁸ Les conséquences de l'existence de ces cas ne sont pas claires, mais il est probable que ceux-ci peuvent potentiellement évoluer et devenir symptomatiques et/ou favoriser la transmission de l'infection à VIH.

Données disponibles

Cinq études d'observation menées dans des pays à revenu faible ou intermédiaire ont été identifiées pour fournir des données,^{149, 150, 151, 152, 153} trois d'entre elles ayant porté spécifiquement sur des HSH. Deux de ces études portaient sur la sensibilité et la spécificité des TAAN pour la détection de *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis*, une sur la sensibilité et la spécificité de la culture de *N. gonorrhoeae*, et deux sur des données de prévalence des infections à *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis* de l'urètre et du rectum. La stratégie de recherche bibliographique (annexe 3)* s'est concentrée sur les études concernant l'identification de *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis* dans l'urètre et le rectum comme résultat de mesures utilisant un TAAN pour l'identification de ces deux agents pathogènes ou la culture pour l'identification de *N. gonorrhoeae*.^{147, 148}

La force de ces recommandations est soumise à conditions, étant donné les données disponibles, les questions de faisabilité, et les valeurs et les préférences pour l'intervention. La recommandation de ne pas réaliser de dépistage périodique de *N. gonorrhoeae* par culture est soumise à conditions, du fait qu'elle est basée sur des avis d'experts et du fait du manque de recherches spécifiques. La plupart des pays ont la capacité en termes microbiologiques d'effectuer des cultures. Si les TAAN ne

* L'ensemble des annexes est disponible sur le site Web de l'OMS (<http://www.who.int/hiv/en/>).

sont pas disponibles, la réalisation d'un dépistage par culture présente par conséquent plus d'avantages que de ne faire aucun dépistage.

Résumé des résultats

Les données retrouvées lors de l'examen systématique des méthodologies utilisées pour les TAAN (deux études) proviennent d'études d'observation, le score peu élevé s'expliquant par le caractère indirect de ces données – seules la performance et l'imprécision du test ont été mesurées, alors que les résultats en termes cliniques ou de santé publique ne l'ont pas été. De même, les données retrouvées lors de l'examen systématique portant sur la méthodologie de la culture de *N. gonorrhoeae* (une étude d'observation) ont un score peu élevées du fait de leur caractère indirect et de leur imprécision.

Avantages et risques

TAAN : les données concernant l'efficacité des TAAN pour le dépistage des formes asymptomatiques des infections urétrales et rectales à *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis* sont suffisantes pour proposer une recommandation soumise à conditions pour la mise en œuvre d'une méthodologie de dépistage périodique chez les HSH et les personnes transgenres, plutôt que de ne pas leur proposer ce type de dépistage. Les avantages augmentent avec la prévalence. Quand la prévalence des infections asymptomatiques urétrales et rectales est supérieure à 1 ou 2 %, les avantages peuvent l'emporter sur les méfaits et les coûts. La recherche d'une infection urétrale par TAAN se fait sur prélèvement d'urine (plutôt que sur prélèvement par écouvillonnage urétral) ; la recherche d'une infection rectale est quant à elle réalisée sur un prélèvement recueilli sur écouvillon rectal. Parmi les avantages, on retrouve, sans s'y limiter, un diagnostic et un traitement précoces des personnes et de leurs partenaires, avec un avantage supplémentaire chez les HSH et les personnes transgenres vivant avec le VIH.

Culture de *N. gonorrhoeae* pour le dépistage des infections urétrales asymptomatiques à *N. gonorrhoeae* : cette méthode n'est pas recommandée chez les HSH et les personnes transgenres pour ce type de dépistage. Néanmoins, les avantages de cette méthode augmentent avec la prévalence. Ses principales limites comprennent une faible sensibilité (plus de 68 % des cas d'infections asymptomatiques vont passer inaperçus), le caractère indirect des données disponibles et les implications logistiques de son utilisation. Si les TAAN ne sont pas disponibles, la réalisation d'un dépistage par culture présente cependant plus d'avantages que de ne faire aucun dépistage.

Acceptabilité et faisabilité

La recommandation d'un dépistage périodique par TAAN des formes asymptomatiques d'infection à *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis* est soumise à conditions. Sa mise en œuvre implique d'installer dans le laboratoire une technologie sophistiquée et d'inclure les coûts dans le budget habituel.

Points de discussion supplémentaires et orientations de recherche

Il n'existe pas de données sur les IST pour les personnes transgenres chez qui a été réalisée une construction vaginale. Des travaux supplémentaires de recherche sont nécessaires pour examiner les résultats sur le plan clinique et en matière de santé publique. Plusieurs espèces commensales de gonocoques peuvent être retrouvées dans la région anale ; il peut donc être utile d'envisager l'utilisation d'un algorithme de confirmation par TAAN.

Points clés

- Les formes asymptomatiques d'infections urétrales et rectales à *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis* sont relativement fréquentes chez les HSH et les personnes transgenres, et peuvent augmenter le risque d'infection par le VIH. Dans les pays développés, le dépistage périodique par TAAN des formes asymptomatiques d'infections urétrales et rectales à *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis* est de plus en plus utilisé pour identifier et traiter ce type d'infections. Du fait de difficultés d'ordre technologique, il a aussi été suggéré comme alternative d'utiliser la technique de culture.
- TAAN utilisés pour la recherche de *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis* : les données provenant de deux études d'observation penchent en faveur de l'exactitude de ces tests.
- Les avantages l'emportent sur les risques potentiels.
- Acceptable avec certaines limites. La mise en œuvre des TAAN pour identifier *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis* exige la formation du personnel et l'installation d'une technologie coûteuse. La technique de culture à la recherche de *N. gonorrhoeae* est largement disponible ; si les TAAN ne sont pas disponibles, la réalisation d'un dépistage par culture présente plus d'avantages que de ne faire aucun dépistage.

Recommandations

Chez les HSH et les personnes transgenres, il est suggéré de proposer un dépistage périodique par TAAN à la recherche des infections urétrales et rectales asymptomatiques à *N. gonorrhoeae* et à *C. trachomatis*, plutôt que de ne pas proposer ce type de dépistage.

Recommandation soumise à conditions, données de faible qualité

Chez les HSH et les personnes transgenres, il est suggéré de ne pas proposer de dépistage périodique par culture à la recherche des infections urétrales et rectales asymptomatiques à *N. gonorrhoeae* et à *C. trachomatis*, plutôt que de proposer ce type de dépistage.

Recommandation soumise à conditions, données de faible qualité

Remarques complémentaires

Des travaux supplémentaires de recherches sont nécessaires pour étudier les résultats sur le plan clinique et en matière de santé publique pour les personnes transgenres chez qui a été réalisée une construction vaginale.

8.6.3. Dépistage périodique de la syphilis asymptomatique

Contexte

Dans le monde entier, la syphilis est une infection très répandue chez les HSH et les personnes transgenres. Son taux a augmenté chez les HSH dans plusieurs parties du monde, en particulier chez ceux vivant avec le VIH.¹⁵⁴ L'histoire naturelle de la syphilis montre que des complications graves surviennent chez 25 % des personnes non traitées, tandis que d'autres personnes vont éliminer spontanément l'infection ou être traitées involontairement. Les complications peuvent être graves, voire mettre en jeu le pronostic vital. Par ailleurs, les lésions syphilitiques ouvertes peuvent accroître le risque d'infection par le VIH et la transmission de ce virus.

Un résultat positif lors d'un dépistage par test rapide à la réagine (RPR) peut être dû à une syphilis latente, à une infection passée ou à une syphilis primaire ou secondaire. Ces différentes possibilités doivent être prises en compte lors du choix du traitement à mettre en œuvre. Les tests tréponémiques (par exemple, le test d'hémagglutination du *Treponema pallidum*), si disponibles, peuvent être utilisés pour confirmer les résultats du test RPR. Un test quantitatif (RPR) peut aider à

différencier une syphilis latente d'une infection passée (titre élevé, $\geq 1:8$) et à évaluer la réponse au traitement.¹⁴³

Données disponibles

Un examen antérieur de la littérature portant sur les tests diagnostiques de la syphilis¹⁵⁵ a retrouvé des données sur la sensibilité et la spécificité des tests non tréponémiques, comme le test RPR. Bien qu'il ne soit pas précisé dans cet examen et dans les études qui y sont mentionnées si ces données ont été obtenues chez des HSH et des personnes transgenres, la sensibilité et la spécificité de ces tests ne dépendent pas de la population. En plus des données sur la sensibilité et la spécificité, des chiffres sur la prévalence de la syphilis sont nécessaires pour obtenir une estimation des taux de vrais positifs, vrais négatifs, faux positifs et faux négatifs. L'ensemble des données a été classé comme étant de qualité moyenne, le score ayant été diminué du fait du caractère indirect des résultats (les données sur les résultats utilisées portaient sur l'exactitude du test plutôt que sur des résultats cliniques).

Résumé des résultats disponibles

Chez les HSH asymptomatiques, la séropositivité de la syphilis a été estimée à 9,3 % à Boston,¹⁵⁶ et à 11 % au Pérou.¹⁵⁷ Selon Larsen et al., la sensibilité du test RPR de recherche de la syphilis est de 86 % en cas de primo-infection, sa sensibilité étant de 98 % et sa spécificité de 98 % en cas de syphilis secondaire ou d'infection latente.¹⁵⁵

Avantages et risques

Les avantages l'emportent nettement sur les risques. Un diagnostic précoce garantit un traitement en temps opportun, et offre des avantages à la personne et à ses partenaires. Chez les HSH et les personnes transgenres vivant avec le VIH, un diagnostic précoce présente un avantage supplémentaire.

Acceptabilité et faisabilité

Dans l'étude portant sur les valeurs et les préférences exprimées par la communauté, les personnes interrogées ont exprimé leur désir de bénéficier d'un ensemble complet de services, y compris de procédures de dépistage des IST.⁶⁶ Le dépistage de la syphilis est largement accepté. Les questions de faisabilité sont rares, le test ayant été mis en place depuis des décennies.

Points de discussion supplémentaires et orientations de recherche

Un résultat de test positif peut également être dû à différentes pathologies auto-immunes sans rapport avec la syphilis. Pour diagnostiquer une syphilis active, il faut donc suivre l’algorithme de tests recommandé par l’OMS.

Points clés

- Dans le monde, la syphilis est une infection très répandue chez les HSH et les personnes transgenres ; son taux a augmenté ces dernières années, notamment chez les HSH vivant avec le VIH.
- Les tests non tréponémiques, comme le test RPR, sont à la fois sensibles et spécifiques. Des chiffres sur la prévalence de la syphilis sont cependant nécessaires pour obtenir une estimation des taux de vrais positifs, vrais négatifs, faux positifs et faux négatifs.
- Les avantages l’emportent sur les risques.
- Le test est acceptable et largement disponible.

Recommandation
<p>Chez les HSH et les personnes transgenres, il est fortement recommandé de proposer un dépistage sérologique périodique de la syphilis asymptomatique, plutôt que de ne pas proposer ce type de dépistage.</p> <p><i>Recommandation forte, données de qualité moyenne</i></p> <p>Remarques complémentaires</p> <p>Lors de la réalisation d’un dépistage par test rapide à la réagine (RPR), un résultat positif peut être dû à une syphilis latente, à une infection passée ou à une syphilis primaire ou secondaire. Ces différentes possibilités doivent être prises en compte lors du choix du traitement à mettre en œuvre.</p>

8.6.4. Vaccination contre l’hépatite B

Contexte

Les maladies causées par le virus de l’hépatite B (VHB) sont retrouvées dans le monde entier. On estime que plus de deux milliards de personnes dans le monde ont été infectées par le VHB. Environ 360 millions d’entre elles présentent une infection chronique et un risque de maladie grave et de décès, principalement par cirrhose du foie ou carcinome hépatocellulaire.¹⁵⁸ La transmission du VHB d’une personne à une autre se fait par contact avec du sang ou d’autres liquides organiques (c’est-à-

dire du sperme ou des sécrétions vaginales) d'une personne infectée. Les HSH et les personnes transgenres comptent parmi les groupes à risque élevé d'infection, des données montrant respectivement dans ces deux groupes une prévalence de 8 %¹⁵⁸ et 13,3 %¹⁶⁰.

Cadre des recommandations

Un vaccin contre l'hépatite B est disponible depuis 1982. Son efficacité pour la prévention de l'infection à VHB et de ses conséquences chroniques est de 95 %. Les vaccins actuels contre l'hépatite B sont produits par génie génétique et sont sûrs. Une vaccination complète et la protection contre une infection potentielle à VHB nécessitent l'injection de trois doses.

Points clés

- Les maladies causées par le VHB sont retrouvées dans le monde entier. On estime que plus de deux milliards de personnes dans le monde sont infectées par ce virus.
- La transmission du VHB d'une personne à une autre se fait par contact avec du sang ou d'autres liquides organiques (c'est-à-dire du sperme ou des sécrétions vaginales) d'une personne infectée.
- Les HSH et les personnes transgenres comptent parmi les groupes à risque élevé d'infection.

Recommandation
Là où la couverture vaccinale des nourrissons n'est pas encore complète, les HSH et les personnes transgenres doivent être inclus dans les stratégies de vaccination de rattrapage contre le VHB. <i>Conforme aux orientations existantes de l'OMS¹⁵⁸</i>

8.7. Note sur la prophylaxie pré-exposition par voie orale de l'infection à VIH

La prophylaxie pré-exposition (PPrE) consiste en la prise quotidienne d'un antirétroviral par des personnes non contaminées par l'infection à VIH pour prévenir l'acquisition de cette infection. Son efficacité est en cours d'évaluation dans des essais randomisés contrôlés chez différents utilisateurs potentiels. Des études préliminaires sont également en cours pour déterminer s'il est possible d'évaluer l'efficacité d'une prise moins fréquente (intermittente) de ce type de prophylaxie.

En préparation aux résultats prévus de ces essais, l'OMS mène depuis 2009 des consultations sur les stratégies à employer pour introduire la PPrE et élargir son utilisation. Ces consultations sont menées à trois niveaux : (i) au niveau mondial, auprès d'experts en PPrE, en modélisation et en élargissement des programmes ; (ii) au niveau national, auprès des autorités, notamment celles qui seront

responsables des prises de décision concernant l'introduction de la PPrE ; et (iii) auprès des populations les plus susceptibles d'être affectées par les décisions concernant la PPrE.

Les résultats d'une étude récente menée par Grant et al.¹⁶¹ auprès d'HSH et de personnes transgenres séronégatifs sont intéressants et prometteurs, tant d'un point de vue individuel (c'est-à-dire comme choix personnel) que dans une perspective de santé publique (c'est-à-dire comme stratégie d'élargissement des interventions). Cependant, le processus n'est encore qu'à une phase précoce, et des données supplémentaires provenant de nouvelles études évaluant l'efficacité, les comportements et l'impact économique permettront de fournir une image plus complète du rôle que tiendra à l'avenir la PPrE dans la prévention de l'infection à VIH chez les HSH et les personnes transgenres. La première révision de ces lignes directrices, prévue pour 2015, prendra en compte la PPrE par voie orale.

L'étude iPrEX a testé et comparé à un placebo, dans un essai contrôlé randomisé, une association d'antirétroviraux prise quotidiennement en tant que prophylaxie pour réduire l'acquisition du VIH. Un total de 2499 HSH et personnes transgenres ont participé à cette étude au Pérou, en Équateur, au Brésil, en Afrique du Sud, en Thaïlande et aux États-Unis d'Amérique. La durée médiane de suivi était de 1,2 an, avec un maximum de 2,8 ans. Les résultats ont été publiés en novembre 2010.¹⁶¹

L'essai a montré que la prise quotidienne d'un comprimé contenant du ténofovir et de l'emtricitabine (nom de marque : Truvada) apportait chez les HSH et les personnes transgenres une protection supplémentaire moyenne de 44 % (IC à 95 % : 15-63 %). Ces sujets ont également bénéficié de services complets de prévention, qui comprenaient un conseil et un dépistage du VIH mensuels, une fourniture de préservatifs, ainsi qu'un conseil et une prise en charge des autres IST. Le niveau de protection était très variable en fonction de l'observance. Chez les participants ayant indiqué une observance de 90 % ou plus (estimation obtenue à partir de la déclaration des patients eux-mêmes, du décompte des flacons distribués et des comprimés), le risque d'infection par le VIH était réduit de 73 % (IC à 95 % : 41-88 %) ; tandis que chez ceux dont l'observance était inférieure à 90 %, ce risque n'était réduit que de 21 % (IC à 95 % : d'une réduction de 52 % à une augmentation de 31 %). Chez les participants, les comportements à risque ont globalement diminué au cours de l'essai, tant en termes de diminution du nombre de partenaires sexuels que d'augmentation de l'utilisation du préservatif ; cela peut être dû au conseil intensif en matière de réduction des risques fourni dans le cadre de l'essai.

Les résultats de cette étude constituent une démonstration de faisabilité de l'innocuité et de l'efficacité modérée de la PPrE par voie orale, et représentent une étape importante dans la recherche sur la prévention de l'infection à VIH. Ces résultats démontrent pour la première fois que la PPrE par voie orale, quand elle est combinée à d'autres stratégies de prévention, peut réduire le risque d'infection par le VIH chez les HSH et les personnes transgenres. Il reste cependant à élaborer des algorithmes de diagnostic pour détecter les infections à VIH aiguës lors de la prise d'une PPrE, à réfléchir à des mesures plus efficaces pour améliorer l'observance du traitement et faire son suivi, à étudier l'innocuité, le coût et la faisabilité de cette intervention ainsi que les questions liées à l'infection par l'hépatite B. Lors de ce processus, il faudra tenir compte des besoins concurrents à satisfaire pour élargir l'accès au TAR.

RÉFÉRENCES

- 1 Sullivan PS et al. Ancestry MSM Epidemiology Study Group. Reemergence of the HIV epidemic among men who have sex with men in North America, Western Europe, and Australia, 1996–2005. *Annals of Epidemiology*, 2009, 19:423–431.
- 2 Bockting W, Miner M, Rosser BR. Latino men's sexual behaviour with transgender persons. *Archives of Sexual Behavior*, 2007, 36:778–786.
- 3 OMS et PNUD. *Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender populations: report of a technical consultation*. Genève, Suisse, OMS, 2009. http://www.who.int/hiv/pub/populations/msm_mreport_2008.pdf (consulté en ligne le 16 août 2011).
- 4 van Griensven F et al. The global epidemic of HIV infection among men who have sex with men. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 2009, 4:300–307.
- 5 Baral S et al. Elevated risk for HIV infection among men who have sex with men in low- and middle income countries 2000–2006: a systematic review. *PLoS Medicine*, 2007, 4:e339.
- 6 Beyrer C et al. The expanding epidemics of HIV type 1 among men who have sex with men in low- and middle-income countries: diversity and consistency. *American Journal of Epidemiology*, 2010, 172:137–151.
- 7 Dukers N et al. HIV incidence and HIV testing behavior in men who have sex with men: using three incidence sources, The Netherlands, 1984–2005. *AIDS*, 2007, 21:491–499.
- 8 Soto RJ et al. Sentinel surveillance of sexually transmitted infections/HIV and risk behaviors in vulnerable populations in 5 Central American countries. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2007, 46:101–111.
- 9 Garofalo R et al. Overlooked, misunderstood and at-risk: exploring the lives and HIV risk of ethnic minority male-to-female transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 2006, 38:230–236.
- 10 Caceres CF et al. Epidemiology of male same-sex behaviour and associated sexual health indicators in low- and middle-income countries: 2003–2007 estimates. *Sexually Transmitted Infections*, 2008, 84(Suppl 1):i49–i56.
- 11 van Griensven F. Men who have sex with men and their HIV epidemics in Africa. *AIDS*, 2007, 21:1361–1362.
- 12 Smith AD et al. Men who have sex with men and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa. *Lancet*, 2009, 374:416–422.
- 13 Sanders EJ et al. Risk factors for HIV-1 infection among men who have sex with men (MSM) in Coastal Kenya. Poster de la CROI 2011. <http://retroconference.org/2011/PDFs/485.pdf> (consulté en ligne le 16 août 2011).
- 14 Donnell D et al., for the Partners in Prevention HSV/HIV Transmission Study Team. Heterosexual HIV-1 transmission after initiation of antiretroviral therapy: a prospective cohort analysis. *Lancet*, 2010, 375:2092–2098.
- 15 ONUSIDA. *Action Framework: universal access for men who have sex with men and transgender people*. Genève, Suisse, ONUSIDA, 2009. http://data.unaids.org/pub/report/2009/jc1720_action_framework_msm_en.pdf (consulté en ligne le 16 août 2011).
- 16 Lawn JE et al. Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. *Lancet*, 2008, 372(9642):917–927.

- 17 Simon PA, Reback CJ, Bemiss CC. HIV prevalence and incidence among male-to-female transsexuals receiving HIV prevention services in Los Angeles county [correspondence]. *AIDS*, 2000, 14:2953–2955.
- 18 Kellogg TA et al. Incidence of human immunodeficiency virus among male-to-female transgendered persons in San Francisco. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2001, 28:380–384.
- 19 ONUSIDA. *Policy brief: HIV and sex between men*. Août 2006. http://data.unaids.org/pub/BriefingNote/2006/20060801_policy_brief_msm_en.pdf (consulté en ligne le 16 août 2011).
- 20 Caceres CF, Aggleton P, Galea JT. Sexual diversity, social inclusion and HIV/AIDS. *AIDS*, 2008, 22 (Suppl 2):S45–S55.
- 21 Gear S. Rules of engagement: structuring sex and damage in men's prisons and beyond. *Culture, Health & Sexuality*, 2005, 7:195–208.
- 22 Bockting WO, Robinson BE, Rosser BR. Transgender HIV prevention: a qualitative needs assessment. *AIDS Care*, 1998, 10:505–525.
- 23 OMS. *HIV/AIDS among men who have sex with men and transgender populations in South-East Asia*. New Delhi, Inde, OMS SEARO, 2010. http://203.90.70.117/PDS_DOCS/B4568.pdf (consulté en ligne le 16 août 2011).
- 24 Young RM, Meyer IH. The trouble with "MSM" and "WSW": erasure of the sexual-minority person in public health discourse. *American Journal of Public Health*, 2005, 95:1144–1149.
- 25 Guadamuz TE et al. HIV prevalence, risk behaviour, hormone use and surgical history among transgender persons in Thailand. *AIDS and Behavior*, 2011, 15:650–658.
- 26 Saavedra J et al. Sex between men in the context of HIV: the AIDS 2008 Jonathan Mann Memorial Lecture in health and human rights. *Journal of the International AIDS Society*, 2008 11:9.
- 27 Clements-Nolle K et al. HIV prevalence, risk behaviours, health care use, and mental health status of transgender persons: implications for public health intervention. *American Journal of Public Health*, 2001, 91:915–921.
- 28 Vinter H. Sexual politics: the fight for transsexual rights. *The Argentina Independent*, 2010. <http://www.argentinaindependent.com/socialissues/urbanlife/sexual-politics-the-fight-for-transsexual-rights/> (consulté en ligne le 16 août 2011).
- 29 OMS et PNUD. *Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender populations. Report of a technical consultation*. Genève, Suisse, OMS, 2009. http://www.who.int/hiv/pub/populations/msm_mreport_2008.pdf (consulté en ligne le 16 août 2011).
- 30 OMS. *HIV and other STIs among MSM in the European Region – Report on a consultation*. Copenhague, Danemark, OMS EURO, 2008. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/78557/Bled_report.pdf (consulté en ligne le 16 août 2011).
- 31 OMS. *Health sector response to HIV/AIDS among men who have sex with men*. Manille, Philippines, OMS WPRO, 2009. http://www.wpro.who.int/internet/resources.ashx/HSI/report/MSM+Report+_HOK_Feb2009_for+web.pdf (consulté en ligne le 16 août 2011).
- 32 OMS OPS. *Summary of a Regional consultation on health promotion and the provision of care to men who have sex with men (MSM) in Latin America and the Caribbean*. Panama City, Panama,

- 14–16 juillet 2009.
http://new.paho.org/hq/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=2120 (consulté en ligne le 16 août 2011).
- 33 Golden MR et al. HIV serosorting in men who have sex with men: is it safe? *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2008, 49:212–218.
- 34 Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l’homme et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. *Le VIH/sida et les droits de l’homme – Directives internationales. Version consolidée.* Genève, Suisse, ONUSIDA, 2006.
<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HIVAIDSGuidelinesfr.pdf> (consulté en ligne le 16 août 2011).
- 35 OMS. *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002.* Genève, Suisse, OMS, 2006.
- 36 Guyatt GH et al. GRADE guidelines 1. Introduction—GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2011, 64:383–394.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21195583> (consulté en ligne le 16 août 2011).
- 37 Guyatt GH et al. GRADE guidelines: 2. Framing the question and deciding on important outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2011, 64:395–400.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21194891> (consulté en ligne le 16 août 2011).
- 38 Balshem H et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2011, 64:401–406. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21208779> (consulté en ligne le 16 août 2011).
- 39 Guyatt GH et al. GRADE guidelines: 4. Rating the quality of evidence—study limitations (risk of bias) and publication bias. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2011, 64: 407–415. Jan 18.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21247734> (consulté en ligne le 16 août 2011).
- 40 OMS. *WHO handbook for guideline development.* Genève, Suisse, OMS, 2010.
http://www.who.int/hiv/topics/mtct/grc_handbook_mar2010_1.pdf (consulté en ligne le 16 août 2011).
- 41 Les Principes de Jogjakarta : Principes sur l’application de la législation internationale des droits humains en matière d’orientation sexuelle et d’identité de genre. 2007.
http://www.yogyakartaprinciples.org/principles_fr.pdf (consulté en ligne le 16 août 2011).
- 42 Association Internationale des lesbiennes, des Gays, des personnes Bisexuelles, Trans et Intersexuelles (ILGA). *Homophobie d’État- Une enquête mondiale sur les lois qui criminalisent la sexualité entre adultes consentants de même sexe* 2011.
http://old.ilga.org/Statehomophobia/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2011.pdf (consulté en ligne le 16 août 2011).
- 43 Le Forum mondial sur les HSH et le VIH (MSMGF). *Dossier sur la politique du MSMGF: Discrimination sociale contre les HSH - implications pour les stratégies et les programmes VIH.* Oakland, États-Unis d’Amérique, mai 2010.
<http://www.msmsgf.org/index.cfm/id/11/aid/2106/lang/fr/> (consulté en ligne le 16 août 2011).
- 44 IDS Accountability International. *The LGBT Scorecard.*
http://aidsaccountability.org/?page_id=4896 (consulté en ligne le 16 août 2011).
- 45 Institute of Medicine. *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: building a foundation for better understanding.* Mars 2011. <http://www.iom.edu/Reports/2011/The-Health-of-Lesbian-Gay-Bisexual-and-Transgender-People.aspx> (consulté en ligne le 16 août 2011).

- 46 Frost DM, Parsons JT, Nanin JE. Stigma, concealment and symptoms of depression as explanations for sexually transmitted infections among gay men. *Journal of Health Psychology*, 2007, 12:636–640.
- 47 McLaren S, Jude B, McLachlan AJ. Sense of belonging to the general and gay communities as predictors of depression among Australian gay men. *International Journal of Mens Health*, 2008, 7:90–99.
- 48 Wang J et al. High prevalence of mental disorders and comorbidity in the Geneva Gay Men’s Health Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2007, 42:414–420.
- 49 Stall RD et al. Cigarette smoking among gay and bisexual men. *American Journal of Public Health*, 1999, 89:1875–1878.
- 50 Gruskin EP et al. Disparities in smoking between the lesbian, gay, and bisexual population and the general population in California. *American Journal of Public Health*, 2007, 97:1496–1502.
- 51 Alegria CA. Transgender identity and healthcare: implications for psychosocial and physical evaluation. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 2011, 23:175–182.
- 52 Stall R et al. Alcohol use, drug use and alcohol-related problems among men who have sex with men: the Urban Men’s Health Study. *Addiction*, 2001, 96:1589–1601.
- 53 Ellingson L. HIV Risk Behaviors among Mahuwahine (Native Hawaiian transgender women). *AIDS Education and Prevention*, 2008, 20:558–569.
- 54 Haas AP et al. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. *Journal of Homosexuality*, 2011, 58:10–51.
- 55 Forum mondial sur les HSH et le VIH (MSMGF). *Engaging with men who have sex with men in the clinical setting*. Mai 2011.
http://www.msmsgf.org/files/msmsgf/Publications/MSMGF_Healthcare_Primer.pdf (consulté en ligne le 16 août 2011).
- 56 Gostin LO. Public health strategies for confronting AIDS. Legislative and regulatory policy in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 1989, 261:1621–1630.
- 57 Goldstein R. Rubber soul: the condom makes a comeback. *Village Voice*, 1986, 31:17–18.
- 58 Catania JA et al. Changes in condom use among homosexual men in San Francisco. *Health Psychology*, 1991, 10:190–199.
- 59 Holmes KK, Levine R, Weaver M. Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. *Bulletin de l’Organisation mondiale de la Santé*, 2004, 82:454–461.
- 60 Weller S, Davis K. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2002, (1):CD003255.
- 61 Pinkerton SD, Abramson PR. Effectiveness of condoms in preventing HIV transmission. *Social Science and Medicine*, 1997, 44: 1,303–301,312.
- 62 Detels R et al. Seroconversion, sexual activity, and condom use among 2915 HIV seronegative men followed for up to 2 years. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1989, 2:77–83.
- 63 Difranceisco W, Ostrow DG, Chmiel JS. Sexual adventurousness, high-risk behaviour, and human immunodeficiency virus-1 seroconversion among the Chicago MACS-CCS cohort, 1984 to 1992. A case-control study. *Sexually Transmitted Diseases*, 1996, 23:453–460.
- 64 Jin F et al. Unprotected anal intercourse, risk reduction behaviours, and subsequent HIV infection in a cohort of homosexual men. *AIDS*, 2009, 23:243–252.

- 65 Marks G et al. Prevalence and protective value of serosorting and strategic positioning among black and Latino men who have sex with men. *Sexually Transmitted Diseases*, 2010, 37:325–327.
- 66 Arreola S et al. *In our own words: preferences, values, and perspectives on HIV prevention and treatment – a civil society consultation with men who have sex with men and transgender people*. Oakland, États-Unis d'Amérique, Le Forum mondial sur les HSH et le VIH (MSMGF), 2010. http://msmgf.org/files/msmgf/About_Us/Publications/WHO_Report1.pdf (consulté en ligne le 16 août 2011).
- 67 Rojanapithayakorn W, Hanenberg R. The 100% Condom Program in Thailand. *AIDS*, 1996, 10:1–7.
- 68 Barnes JR. The impact of social marketing on HIV / AIDS. *AIDS Analysis Africa*, 1999, 10:8–10.
- 69 Stone E et al. Correlates of condom failure in a sexually active cohort of men who have sex with men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 1999, 20:495–501.
- 70 Martin DJ. Inappropriate lubricant use with condoms by homosexual men. *Public Health Reports*, 1992, 107:468–473.
- 71 Fuchs EJ et al. Hyperosmolar sexual lubricant causes epithelial damage in the distal colon: potential implication for HIV transmission. *Journal of Infectious Diseases*, 2007, 195:703–710.
- 72 Sudol KM, Phillips DM. Relative safety of sexual lubricants for rectal intercourse. *Sexually Transmitted Diseases*, 2004, 31:346–349.
- 73 Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Meeting summary: Consultation on serosorting practices among men who have sex with men*. 2009. <http://www.cdc.gov/hiv/topics/research/resources/other/serosorting.htm> (consulté en ligne le 16 août 2011).
- 74 Eaton LA et al. A strategy for selecting sexual partners believed to pose little/no risks for HIV: serosorting and its implications for HIV transmission. *AIDS Care*, 2009, 21:1279–1288.
- 75 Fink AJ. A possible explanation for heterosexual male infection with AIDS. *New England Journal of Medicine*, 1986, 315:1167.
- 76 Auvert B et al. Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 Trial. *PLoS Medicine*, 2005, 2:e298. Epub 2005 Oct 25.
- 77 Bailey RC et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomized controlled trial. *Lancet*, 2007, 369(9562):643–356.
- 78 Gray RH et al. Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial. *Lancet*, 2007, 369(9562):657–666.
- 79 Millett GA et al. Circumcision status and risk of HIV and sexually transmitted infections among men who have sex with men: a meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 2008, 300:1674–1684.
- 80 Fankem SL, Wiysonge CS, Hankins CA. Male circumcision and the risk of HIV infection in men who have sex with men. *International Journal of Epidemiology*, 2008, 37:353–355.
- 81 Wiysonge CS et al. Male circumcision for prevention of homosexual acquisition of HIV in men. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011 (sous presse).
- 82 OMS, ONUSIDA. *Male circumcision: global trends and determinants of prevalence, safety and acceptability*. Genève, Suisse, OMS/ONUSIDA, 2007. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596169_eng.pdf (consulté en ligne le 16 août 2011).

- 83 OMS, ONUSIDA. *Operational guidance for scaling up male circumcision services for HIV prevention*. Genève, Suisse, OMS/ONUSIDA, 2008. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241597463_eng.pdf (consulté en ligne le 16 août 2011).
- 84 Nash D et al. Strategies for more effective monitoring and evaluation systems in HIV programmatic scale-up in resource-limited settings: implications for health systems strengthening. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2009, 52:S58–S62.
- 85 OMS. *Rendre les résultats d'un test VIH, communiquer les messages pour refaire le test et fournir un conseil à l'adulte*. Genève, Suisse, OMS, 2010.
- 86 The Voluntary HIV-1 Counselling and Testing Efficacy Study Group. Efficacy of voluntary HIV-1 counselling and testing in individuals and couples in Kenya, Tanzania, and Trinidad: a randomized trial. *Lancet*, 2000, 356:103–112.
- 87 HIV Prevention Trials Network (HPTN). *Initiation of antiretroviral treatment protects uninfected sexual partners from HIV infection (HPTN052)*. 2011. http://www.hptn.org/web%20documents/PressReleases/HPTN052PressReleaseFINAL5_12_118am.pdf (consulté en ligne le 16 août 2011).
- 88 Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Expanded HIV testing and trends in diagnoses of HIV infection – District of Columbia, 2004–2008. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2010, 59:737–741.
- 89 HPTN 065: TLC-Plus: a study to evaluate the feasibility of an enhanced test, link to care, plus treat approach for HIV prevention in the United States. http://www.hptn.org/research_studies/hptn065.asp (consulté en ligne le 16 août 2011).
- 90 Dilley JW et al. Changing sexual behaviour among gay male repeat testers. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2002, 30:177–186.
- 91 Gold RS, Rosenthal DA. Examining self-justifications for unsafe sex as a technique of AIDS education: the importance of personal relevance. *International Journal of STD and AIDS*, 1998, 9:208–213.
- 92 Koblin B, and EXPLORE Study Team. Effects of a behavioural intervention to reduce acquisition of HIV infection among men who have sex with men: the EXPLORE randomised controlled study. *Lancet*, 2004, 364:41–50.
- 93 Picciano JF et al. Lowering obstacles to HIV prevention services: effects of a brief telephone based intervention using motivational enhancement therapy. *Annals of Behavioral Medicine*, 2007, 34:177–187.
- 94 Johnson WD et al. Behavioural interventions to reduce risk for sexual transmission of HIV among men who have sex with men. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, (3):CD001230.
- 95 Herbst JH et al. The effectiveness of individual-, group-, and community-level HIV behavioural risk-reduction interventions for adult men who have sex with men: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 2007, 32(4 Suppl):S38–S67.
- 96 Amirhanian YA et al. A randomized social network HIV prevention trial with young men who have sex with men in Russia and Bulgaria. *AIDS*, 2005, 19:1897–1905.
- 97 Flowers P, Frankis J, Hart G. “Evidence and the evaluation of a community-level intervention: researching the Gay Men’s Task Force Initiative.” Watson J, Platt S, eds. *Researching health promotion*. London, Routledge, 2000:102–124.
- 98 Kegeles SM, Hays RB, Coates TJ. TheMpowerment project: a community-level HIV prevention intervention for young gay men. *American Journal of Public Health*, 1996, 86:1129–1136.

- 99 Kelly JA et al. HIV risk behaviour reduction following intervention with key opinion leaders of population: an experimental analysis. *American Journal of Public Health*, 1991, 81:168–171.
- 100 Kelly JA et al. Randomised, controlled, community-level HIV-prevention intervention for sexual-risk behaviour among homosexual men in US cities. *Lancet*, 1997, 350:1500–1505.
- 101 Blas MM et al. Effect of an online video-based intervention to increase HIV testing in men who have sex with men in Peru. *PLoS One*, 2010, 5:e10448.
- 102 Rosser BR et al. Reducing HIV risk behaviour of men who have sex with men through persuasive computing: results of the Men’s INternet Study-II. *AIDS*, 2010, 24:2099–2107.
- 103 Noar SM et al. A 10-year systematic review of HIV/AIDS mass communication campaigns: Have we made progress? *Journal of Health Communication*, 2009, 14:15–42.
- 104 Harvey PD. The impact of condom prices on sales in social marketing programs. *Studies in Family Planning*, 1994, 25:52–58.
- 105 Wakefield MA, Loken B, Hornik RC. Use of mass media campaigns to change health behaviour. *Lancet*, 2010, 376(9748):1261–1271.
- 106 Evans WD et al. Systematic review of public health branding. *Journal of Health Communication*, 2008, 13:721–741.
- 107 Abroms LC, Maibach EW. The effectiveness of mass communication to change public behaviour. *Annual Review of Public Health*, 2008, 29:219–234.
- 108 Darrow WW, Biersteker S. Short-term impact evaluation of a social marketing campaign to prevent syphilis among men who have sex with men. *American Journal of Public Health*, 2008, 98:337–343.
- 109 Guy R et al. No increase in HIV or sexually transmissible infection testing following a social marketing campaign among men who have sex with men. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2009, 63:391–396.
- 110 McOwan A et al. Can targeted HIV testing campaigns alter health-seeking behaviour? *AIDS Care*, 2002, 14:385–390.
- 111 Reisner SL et al. Differential HIV risk behaviour among men who have sex with men seeking health-related mobile van services at diverse gay-specific venues. *AIDS and Behavior*, 2009, 13:822–831.
- 112 Tsui HY, Lau JT. Comparison of risk behaviours and socio-cultural profile of men who have sex with men survey respondents recruited via venues and the internet. *BMC Public Health*, 2010, 10:232.
- 113 Horvath KJ, Bowen AM, Williams ML. Virtual and physical venues as contexts for HIV risk among rural men who have sex with men. *Health Psychology*, 2006, 25:237–242.
- 114 Binson D et al. Differential HIV risk in bathhouses and public cruising areas. *American Journal of Public Health*, 2001, 91:1482–1486.
- 115 Huebner DM, Binson D, Woods WJ, Dilworth SE, Grinstead O. Bathhouse-based voluntary counseling and testing is feasible and shows preliminary evidence of effectiveness. *JAIDS*. 2006, 43:2,239-46.
- 116 Metzger DS et al. Human immunodeficiency virus seroconversion among intravenous drug users in- and out-of-treatment: an 18-month prospective follow-up. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1993, 6:1049–1059.
- 117 George W, Stoner S. Understanding acute alcohol effects on sexual behaviour. *Annual Review of Sex Research*, 2000, 11:125–157.

- 118 Clatts MC, Goldsamt LA, Yi H. Drug and sexual risk in four men who have sex with men populations: evidence for a sustained HIV epidemic in New York City. *Journal of Urban Health*, 2005, 82: i9–i17.
- 119 OMS. Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale (*mhGAP*) - Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées. Genève, Suisse, OMS, 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242548068_fre.pdf (consulté en ligne le 16 août 2011).
- 120 OMS, ONUDC, ONUSIDA. *Guide technique pour la définition d'objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/sida*. Genève, Suisse, OMS, 2009. http://www.who.int/hiv/pub/idu/idu_target_setting_guide_fr.pdf (consulté en ligne le 16 août 2011).
- 121 OMS. *Evidence for Action Technical Papers. Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users*. Genève, Suisse, OMS, 2004. http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/effectivenesssterileneedle.pdf (consulté en ligne le 16 août 2011).
- 122 OMS, ONUSIDA, ONUDC. *Evidence for Action Policy Brief. Provision of sterile injecting equipment to reduce HIV transmission*. Genève, Suisse, OMS, 2004. http://www.wpro.who.int/sites/hsi/documents/provision_of_sterile_injecting_eqpt.htm (consulté en ligne le 16 août 2011).
- 123 OMS, ONUDC, ONUSIDA. *Guide to starting and managing needle and syringe programmes*. Genève, Suisse, OMS, 2009. http://www.who.int/hiv/idu/Guide_to_Starting_and_Managing_NSP.pdf (consulté en ligne le 16 août 2011).
- 124 OMS. *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*. Genève, Suisse, OMS, 2009. http://www.who.int/substance_abuse/publications/Opioid_dependence_guidelines.pdf (consulté en ligne le 16 août 2011).
- 125 Gagizi E, Ferreira E, Abbate MC. Biosecurity on using Industrial liquid silicon and female sexual hormones by transvestis and transgenders in São Paulo City, Brazil. AIDS 2006 – XVI International AIDS Conference [résumé N° CDC1677]. <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageId=12&abstractId=2199064> (consulté en ligne le 16 août 2011).
- 126 Herbst JH et al. Estimating HIV prevalence and risk behaviours of transgender persons in the United States: a systematic review. *AIDS and Behavior*, 2008, 12:1–17.
- 127 Silva-Santisteban A et al. When identity claims: risky processes of body modification among the male to female transgender persons of Lima, Peru. Séance de présentation orale des résumés. AIDS 2010 – XVIII International AIDS Conference [résumé N° MOAD0306].
- 128 Nuttbrock L et al. Lifetime risk factors for HIV/sexually transmitted infections among male-to-female transgender persons. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2009, 52:417–421.
- 129 Sevelius JM et al. Informing interventions: the importance of contextual factors in the prediction of sexual risk behaviours among transgender women. *AIDS Education and Prevention*, 2009, 21:113–127.

- 130 Sanchez NF, Sanchez JP, Danoff A. Health care utilization, barriers to care, and hormone usage among male-to-female transgender persons in New York City. *American Journal of Public Health*, 2009, 99:713–719.
- 131 Hage JJ et al. The devastating outcome of massive subcutaneous injection of highly viscous fluids in male-to-female transsexuals. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 2001, 107:734–741.
- 132 Wimonsate W et al. Risk behaviour, hormone use, surgical history and HIV infection among transgendered persons (TG) in Thailand, 2005. AIDS 2006 – XVI International AIDS Conference [résumé N° MOPE0349].
- 133 OMS. *Principes directeurs applicables à la sécurité du matériel d'injection*. Genève, Suisse, OMS, 2003. http://www.who.int/injection_safety/Guiding_Principals_FR.pdf pdf (consulté en ligne le 16 août 2011).
- 134 OMS. *Best practices for injections and related procedures toolkit*. Genève, Suisse, OMS, 2010.
- 135 Granich R et al. Highly active antiretroviral treatment for the prevention of HIV transmission. *Journal of the International AIDS Society*, 2010, 13:1. http://www.who.int/hiv/topics/tb/granich_haart_for_prevention_hiv_transmission_jaids_2010.pdf (consulté en ligne le 16 août 2011).
- 136 OMS. *Traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent - Recommandations pour une approche de santé publique: Mise à jour 2010*. Genève, Suisse, OMS, 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242599763_fre.pdf (consulté en ligne le 16 août 2011).
- 137 OMS. *Essential prevention and care interventions for adults and adolescents living with HIV in resource-limited settings*. Genève, Suisse, OMS, 2008. HYPERLINK "<http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/Essential%20Prevention%20and%20Care%20interventions%20Jan%202008.pdf>" (consulté en ligne le 16 août 2011).
- 138 Pickering JM et al. Aetiology of sexually transmitted infections and response to syndromic treatment in southwest Uganda. *Sexually Transmitted Infections*, 2005, 81:488–493.
- 139 Azariah S, Perkins N. Prevalence of sexually transmitted infections in men who have sex with men presenting to Auckland Sexual Health Service. *New Zealand Medical Journal*, 2010, 123:46–54.
- 140 Hope-Rapp E et al. Etiology of genital ulcer disease. A prospective study of 278 cases seen in an STD clinic in Paris. *Sexually Transmitted Diseases*, 2010, 37:153–158.
- 141 Becker M et al. Etiology and determinants of sexually transmitted infections in Karnataka state, south India. *Sexually Transmitted Diseases*, 2010, 37:159–164.
- 142 Cáceres CF et al. New populations at high risk of HIV/STIs in low-income, urban coastal Peru. *AIDS and Behavior*, 2008, 12:544–551.
- 143 OMS. *Guide pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles*. Genève, Suisse, OMS, 2003. http://www.who.int/hiv/pub/sti/STIguidelines2003_fr.pdf (consulté en ligne le 16 août 2011).
- 144 Rompalo AM et al. Modification of syphilitic genital ulcer manifestations by coexistent HIV infection. *Sexually Transmitted Diseases*, 2001, 28:448–454.
- 145 Lambert NL et al. Community based syphilis screening: feasibility, acceptability, and effectiveness in case finding. *Sexually Transmitted Infections*, 2005, 81:213–216.

- 146 Brown L et al. Is non-invasive testing for sexually transmitted infections an efficient and acceptable alternative for patients? A randomised controlled trial. *Sexually Transmitted Infections*, 2010, 86:525–531.
- 147 Paz-Bailey G et al. Changes in the etiology of sexually transmitted diseases in Botswana between 1993 and 2002: implications for the clinical management of genital ulcer disease. *Clinical Infectious Diseases*, 2005, 41:1304–1312.
- 148 Rieg G et al. Asymptomatic sexually transmitted infections in HIV-infected men who have sex with men: prevalence, incidence, predictors, and screening strategies. *AIDS Patient Care and STDs*, 2008, 22:947–954.
- 149 Martin DH et al. Multicenter evaluation of AMPLICOR and automated COBAS AMPLICOR CT/NG tests for *Neisseria gonorrhoeae*. *Journal of Clinical Microbiology*, 2000, 38:3544–3549.
- 150 Van Der Pol B et al. Multicenter evaluation of the AMPLICOR and automated COBAS AMPLICOR CT/NG tests for detection of *Chlamydia trachomatis*. *Journal of Clinical Microbiology*, 2000, 38:1105–1112.
- 151 Ota KV et al. Detection of *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis* in pharyngeal and rectal specimens using the BD Probetec ET system, the Gen-Probe Aptima Combo 2 assay and culture. *Sexually Transmitted Infections*, 2009, 85:182–186.
- 152 Schachter J et al. Nucleic acid amplification tests in the diagnosis of chlamydial and gonococcal infections of the oropharynx and rectum in men who have sex with men. *Sexually Transmitted Diseases*, 2008, 35:637–642.
- 153 Moncada J et al. Evaluation of self-collected glans and rectal swabs from men who have sex with men for detection of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* by use of nucleic acid amplification tests. *Journal of Clinical Microbiology*, 2009, 47:1657–1662.
- 154 Defraye A, Van Beckhoven D, Sasse A. Surveillance of sexually transmitted infections among persons living with HIV. *International Journal of Public Health*, 2010, 56:169–174.
- 155 Larsen SA, Steiner BM, Rudolph AH. Laboratory diagnosis and interpretation of tests for syphilis. *Clinical Microbiology Reviews*, 1995, 8:1–21.
- 156 Mimiaga MJ et al. Gonococcal, chlamydia, and syphilis infection positivity among MSM attending a large primary care clinic, Boston, 2003 to 2004. *Sexually Transmitted Diseases*, 2009, 36:507–511.
- 157 Snowden JM et al. Recent syphilis infection prevalence and risk factors among male low-income populations in coastal Peruvian cities. *Sexually Transmitted Diseases*, 2010, 37:75–80.
- 158 OMS. Vaccins anti-hépatite B. Note de synthèse position de l’OMS. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2009, 84:405–420.
- 159 Saxton PJ, Hughes AJ, Robinson EM. Sexually transmitted diseases and hepatitis in a national sample of men who have sex with men in New Zealand. *New Zealand Medical Journal*, 2002, 115:U106.
- 160 Diamond C et al. Seattle Young Men’s Survey Team. Viral hepatitis among young men who have sex with men: prevalence of infection, risk behaviours, and vaccination. *Sexually Transmitted Diseases*, 2003, 30:425–432.
- 161 Grant RM et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *New England Journal of Medicine*, 2010, 363:2587–2599.

Pour plus de renseignements, s'adresser à :

Organisation mondiale de la Santé
Département VIH/SIDA

20, avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

Courriel : hiv-aids@who.int

www.who.int/hiv

ISBN 978 92 4 2597912

