



Sciences Economiques et Sociales de la Santé
& Traitement de l'Information Médicale

sesstim.univ-amu.fr

Marion DI CIACCIO

Doctorante au sein de l'équipe SanteRCom - UMR 1252 - SESSTIM

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

octobre 2018



Cliquez ici pour voir l'intégralité des ressources associées à ce document

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

SÉMINAIRE SESSTIM

MARION DI CIACCIO, DOCTORANTE EN PSYCHOLOGIE
SOCIALE DE LA SANTÉ

SOUS LA DIRECTION DE MARIE PRÉAU ET BRUNO SPIRE

Contexte épidémiologie du VIH en France

- 150 000 personnes vivent actuellement avec le VIH et on estime à 6000 le nombre de nouvelles infections par an (Barré-Sinoussi, 2018)
- Prévalence du VIH chez les HSH estimée à 17% contre 0,38% dans la population générale (Supervie, Marty, Lacombe, Dray-Spira, & Costagliola, 2016)
- En 2017-2018, 45% des découvertes de séropositivité concernent des HSH (Santé Publique France, 2018).

HSH → particulièrement concernés par le risque VIH

Lien entre les HSH et le VIH

- Historiquement, les HSH sont étroitement liés à la lutte contre le VIH/SIDA :
 - Acteurs mobilisés
 - Population clé cible des principales interventions de prévention.
- Population HSH → première population à risque d'infection en France



120 battements par minutes, 2017

Stratégies de prévention du VIH

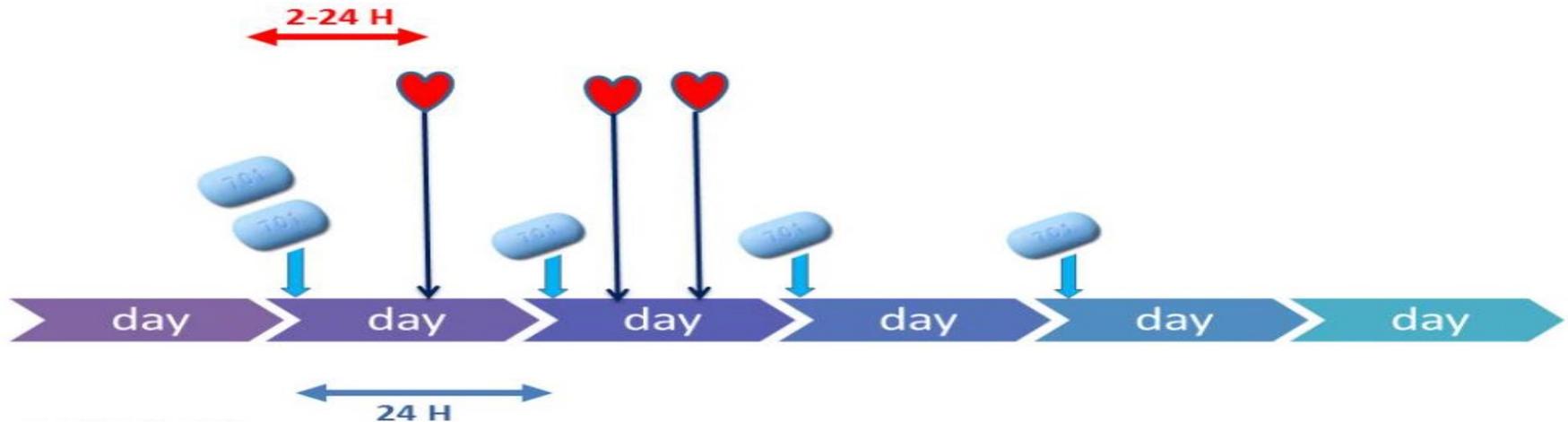
- La prévention comportementale et l'utilisation du préservatif n'ont pas permis de faire suffisamment reculer l'épidémie à VIH chez les HSH
- **Prévention combinée** : stratégie visant à obtenir une influence maximale sur la prévention du VIH en associant des stratégies structurelles, biomédicales et comportementales (ONUSIDA, 2013)
- **Prévention diversifiée** : à l'échelle individuelle les outils de prévention ne sont pas forcément combinés mais leur diversification au niveau populationnelle est nécessaire pour impacter efficacement la dynamique des infections (Morlat, 2018).

CONTRE LE VIH UN ÉVENTAIL DE POSSIBILITÉS



Qu'est-ce que la PrEP ? 1/2

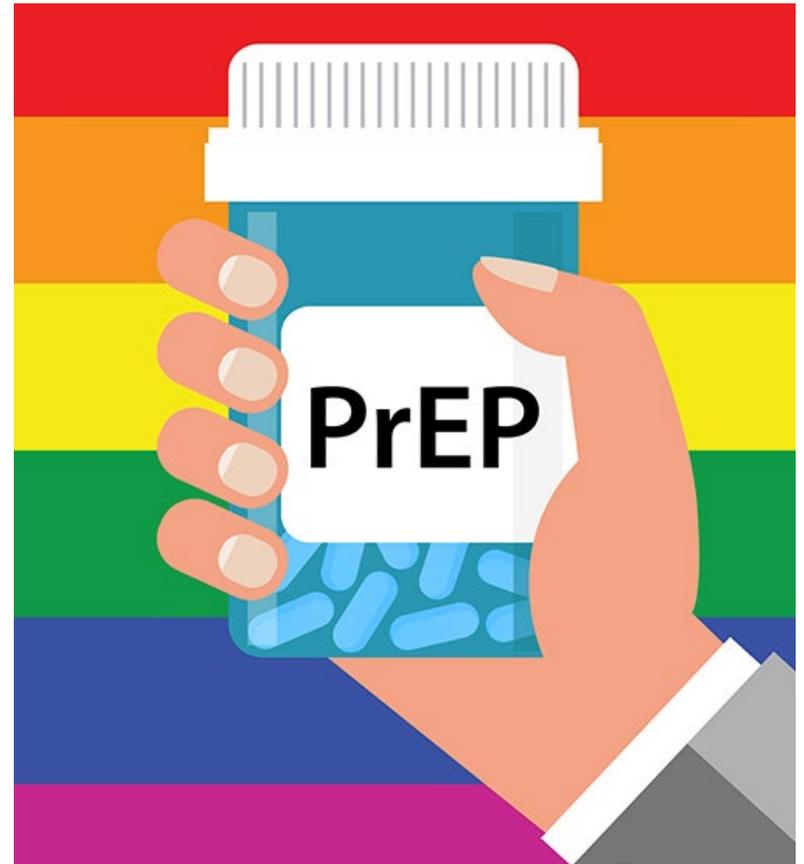
- Prophylaxie Préexposition (PrEP) → médicament antirétroviral permettant d'éviter une infection par le VIH = outil de prévention biomédical
- Deux schémas d'utilisation :
 - « en continue », à savoir un comprimé par jour à heure fixe, quelque soit l'exposition au risque VIH
 - « à la demande » c'est à dire basée sur l'activité sexuelle, comprimés à prendre avant et après une exposition au risque



Qu'est-ce que la PrEP ? 2/2

- Objectif : Cibler les groupes et les individus les plus exposés à une infection par le VIH avant même une prise de risque (Girard, 2016).
- Réduction de l'incidence du VIH de 42% dans l'essai iPrEx (Grant et al., 2010), de 86% dans l'essai PROUD (McCormack et al., 2016) et de 97% dans la phase ouverte de l'essai ANRS-IPERGAY (Molina et al., 2017).

→ Adhésion primordiale pour l'efficacité de la PrEP



Psychologie & risque VIH

- Connaissance des modes de transmission du VIH et de l'efficacité du préservatif → non suffisant pour empêcher la mise en place de comportements sexuels à risque (Calvez, 2004)
 - **Diversité** de points de vue relatifs à un risque donné.
 - Le rapport perception du risque-comportement a été largement étudié en psychologie :
 - Approche cognitivistes-positivistes → système analytique de l'expert·e ≠ système expérientiel (sensible aux émotions) du profane (Slovic et al., 2004).
 - ✓ Limites : ne prend pas en compte les facteurs globaux liés à la personne (contexte, processus psychosociaux, institutionnels et culturels)
 - Approche socio-cognitiviste → ajout de variables sociales et contextuelles
- Importantes limites de prédiction des comportements dans ces deux approches du risque, y compris dans le champ du VIH

Approche psychosociale du risque 1/2

- Besoin d'une conceptualisation du **risque** VIH comme **situation sociale** (Paicheler, 1997)
 - ✓ Comportements sexuels → comportements sociaux, interaction sociale, partage des émotions, normes, connaissances etc.
 - ✓ PrEP : implique un suivi médical → accroît l'importance du contexte dans l'approche du risque VIH chez les prepeurs
- La psychologie sociale de la santé :
 - « Un ensemble de savoirs concernant la santé et la maladie, fondé sur des outils théoriques et méthodologiques issus de plusieurs champs de la psychologie (psychologie sociale, psychologie de la santé, psychologie clinique) et d'autres disciplines des sciences sociales (épidémiologie, sociologie, économie, anthropologie, ...) (Morin & Apostolidis, 2002)
 - Sa spécificité : prise en compte des différents contextes sociaux et culturels dans lesquels la santé et la maladie sont étudiées » (Morin & Apostolidis, 2002).

Approche psychosociale du risque 2/2

Gestion du risque VIH

Facteurs psychologiques
et cognitifs
Comportements sexuels
Contexte
Moyens de
prévention disponibles

Facteurs culturels
Normes sociales
Inscriptions sociales
Participation sociale

HSH
Sujet acteur

Communications
Relations interpersonnelles et sociales

Autrui
Partenaires sexuels
Pairs HSH
Communauté HSH
Médecins

Thèse

- **Objectif principal** : apporter un éclairage compréhensif sur la gestion du risque VIH des HSH à haut risque d'infection à l'ère de la PrEP par la mobilisation d'une approche psychosociale du risque ancrée dans la psychologie sociale de la santé.
- Approche psychosociale mobilisée à travers la **lecture multi-niveaux** de Doise (1986) :
 - ✓ Niveaux 1 et 2, **intra et interpersonnel** → contextualisation des comportements sexuels et préventifs ainsi que de la perception du risque des HSH
 - ✓ Niveau 3, **positionnel** → contexte d'accès à la PrEP (essai clinique et communautaire) et nature de la relation entre les prepeurs et l'accompagnement associé à la PrEP (médecins, accompagnateurs communautaires)
 - ✓ Niveau 4, **idéologique** → normes, lois, place des différents groupe sociaux dans la société (HSH, médecins, associations communautaires)

Etude 2 :

- **Objectif** : étudier i) l'évolution de la perception du risque et les facteurs associés (*i.e.*, comment la perception du risque se construit) et ii) la relation entre perception du risque et adhésion à la PrEP et entre perception du risque et utilisation du préservatif
- **Méthode** : analyse longitudinale et quantitative
- **Population** : participants
- **Phase de l'essai** : ouverte
- **Niveau d'analyse de Doise¹** : 1 et 2

Etude 3 :

- **Objectif** : analyser la relation participant-médecin dans ce contexte spécifique d'accompagnement préventif à la gestion du risque VIH
- **Méthode** : analyse qualitative transversale
- **Population** : médecins
- **Phase de l'essai** : ouverte
- **Niveau d'analyse de Doise¹** : 3

Etude 4 :

- **Objectif** : analyser le vécu de l'accompagnement combiné médical et communautaire
- **Méthode** : analyse qualitative transversale
- **Population** : participants et médecins
- **Phase de l'essai** : aveugle et ouverte
- **Niveau d'analyse de Doise¹** : 3

Etude 1 :

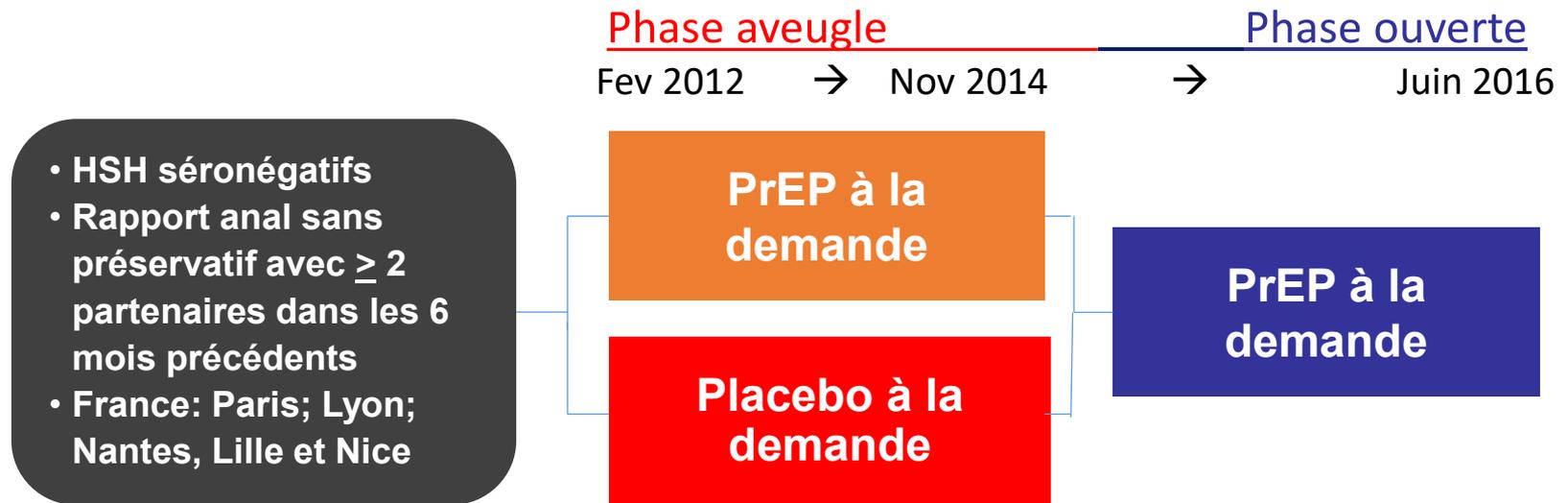
- **Objectif** : analyser l'adaptation des comportements sexuels et préventifs suite à l'introduction de la PrEP (changement de contexte)
- **Méthode** : analyse longitudinale et quantitative
- **Population** : participants
- **Phase de l'essai** : aveugle et ouverte
- **Niveau d'analyse de Doise¹** : 1 et 2

Gestion du risque VIH

Etude 5 :

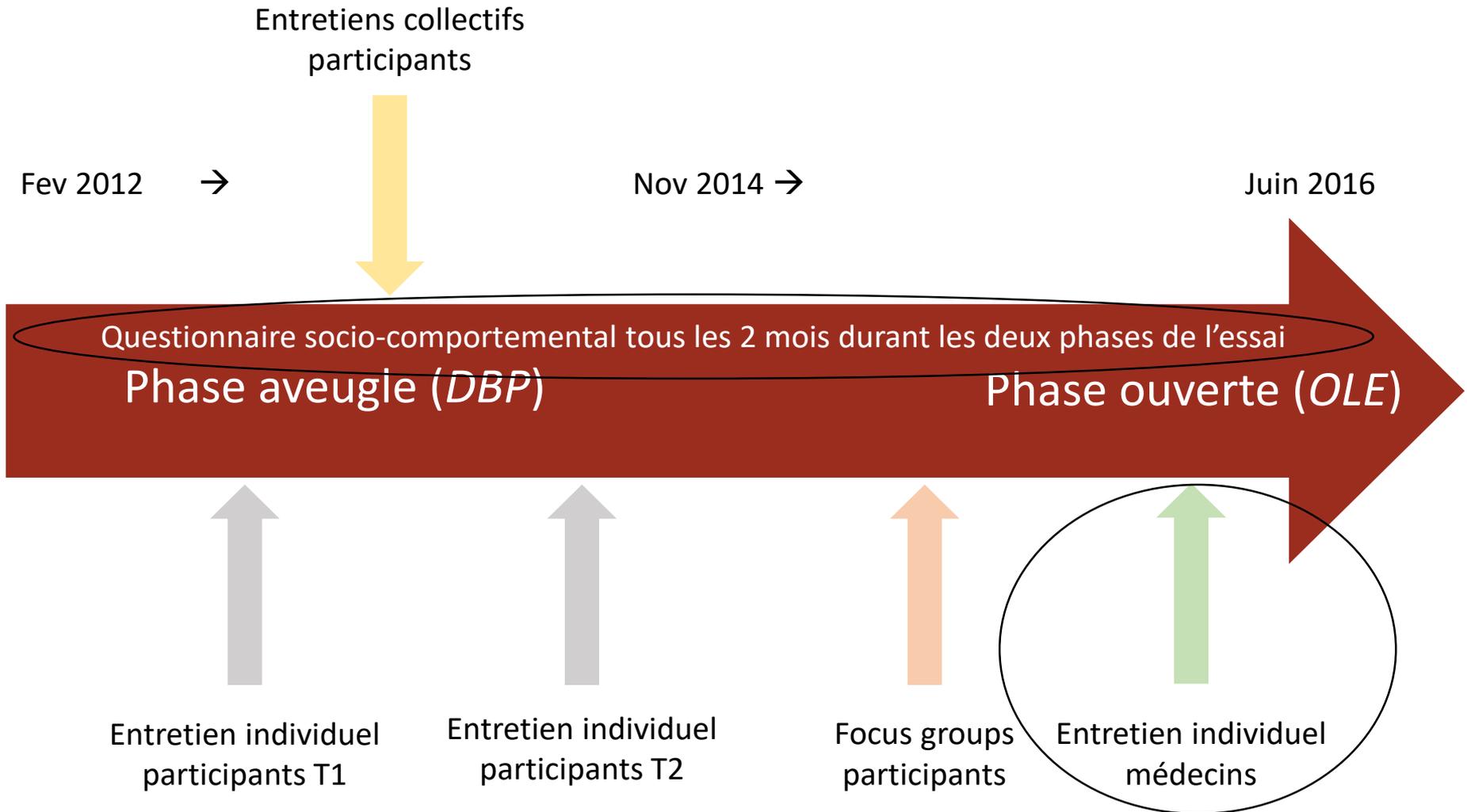
- **Objectif** : analyser les facteurs associés aux comportements à risque (*i.e.*, rapports sexuels protégés ni par le préservatif ni par la PrEP)
- **Méthode** : analyse longitudinale et quantitative
- **Population** : participants
- **Phase de l'essai** : ouverte
- **Niveau d'analyse de Doise¹** : 1 et 2

Contexte empirique de la thèse : ANRS-IPERGAY, une recherche communautaire



- Suivi des participants tous les 2 mois:
 - Accès à des outils de prévention (gel, préservatif, matériel d'injection etc)
 - Suivi médical + dépistage avec un médecin dans un service hospitalier de maladies infectieuses
 - Counselling avec un accompagnateur communautaire (adhérence, stratégie de RDR)

Recueil SHS durant l'essai



Description des participants

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

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

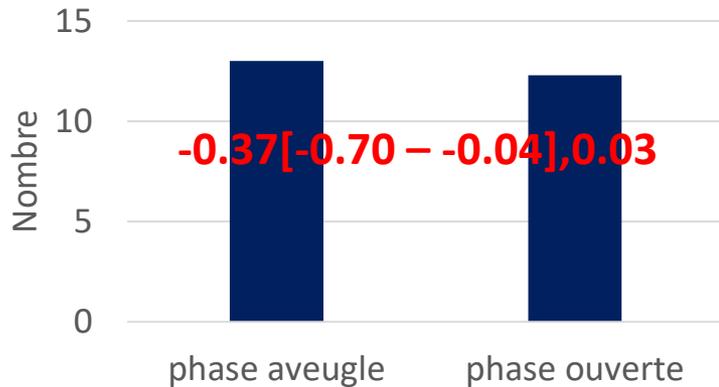
Objectifs : évaluer l'évolution de la gestion du risque VIH des HSH dans deux contextes d'exposition au risque différent : la phase *DBP* et la phase *OLE*

- **Phase de l'essai** : aveugle et ouverte
- **Population** : n = 332 participants ayant des données de suivis disponibles pour les deux phases
 - **Méthodes** : analyse longitudinale et quantitative
 - **Modèle** : *Generalized Estimating Equation (GEE)*
- **Outcomes** : nombre de partenaires sexuels au cours des deux derniers mois et nombre de rapports sexuels au cours des 4 dernières semaines (variable continue); type de partenaire, utilisation du préservatif, consommation de drogues récréatives, consommation d'alcool, utilisation combinée PrEP-préservatif, utilisation de la PrEP, au cours du dernier rapport sexuel (DRS), (variable catégorielle)
- **Variables explicatives** : le temps (variable continue), le contexte (i.e., *DBP* ou *OLE*) et l'interaction du temps avec le contexte
 - **Niveau d'analyse de Doise** : 1 et 2

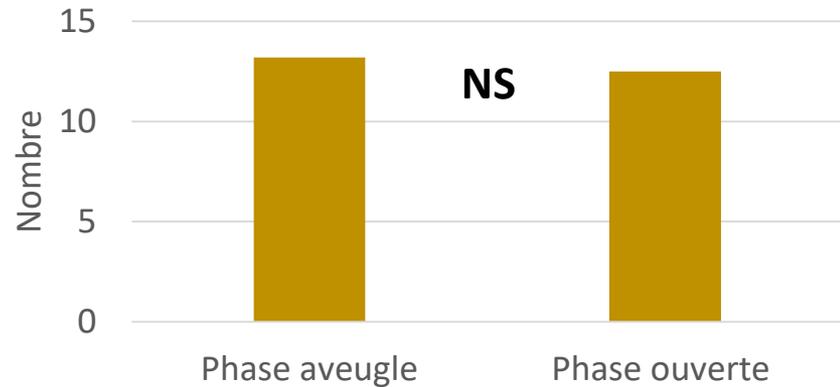
Article soumis dans *AIDS & Behavior* (demande de révisions majeures)

Étude 1: résultats 1/2

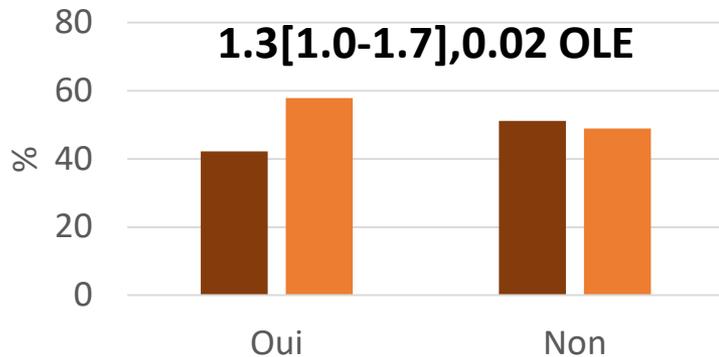
Nombre de partenaires sexuels au cours des 2 derniers mois



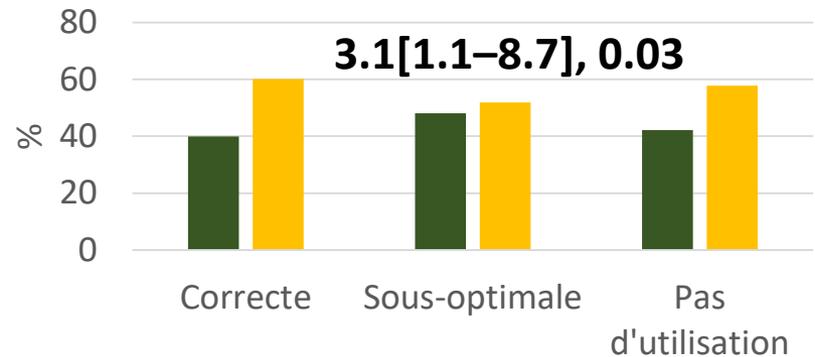
Nombre de rapports sexuels au cours des 4 dernières semaines



Condomless anal sex



Utilisation de la PrEP

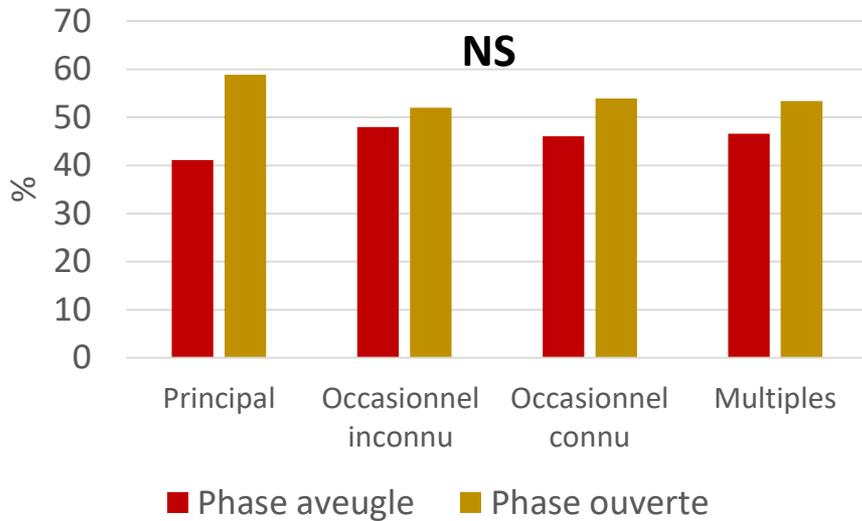


■ Phase aveugle ■ Phase ouverte

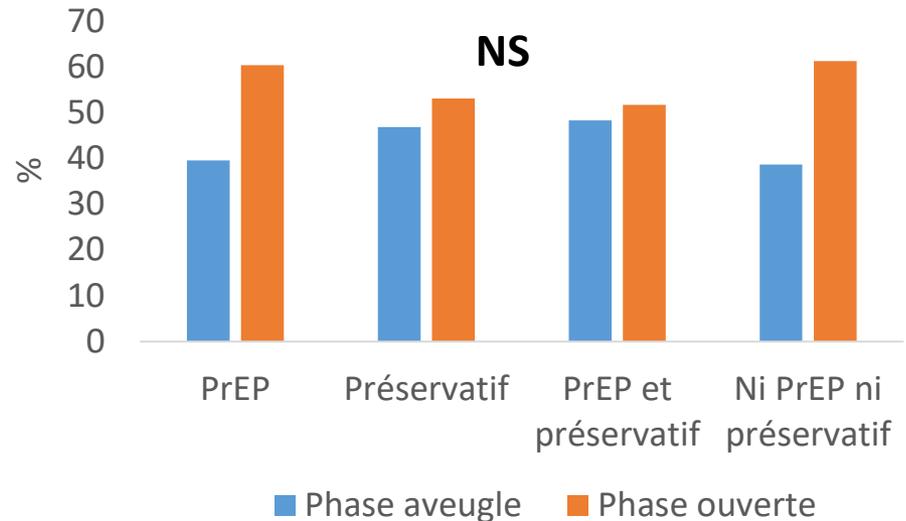
■ Phase aveugle ■ Phase ouverte

Étude 1: résultats 2/2

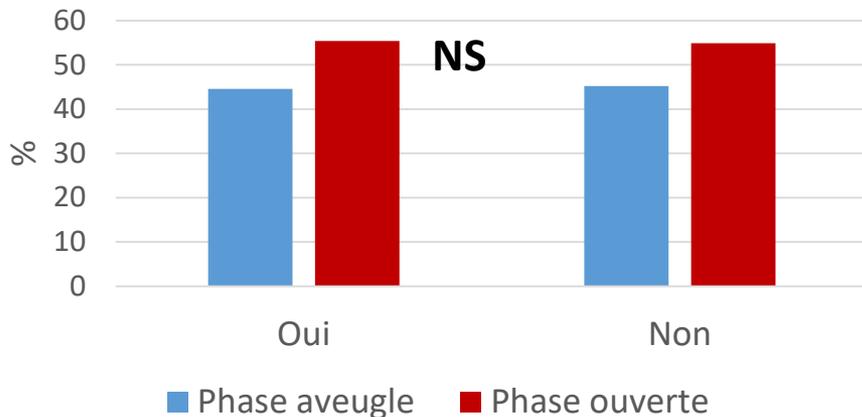
Type de partenaire au DRS



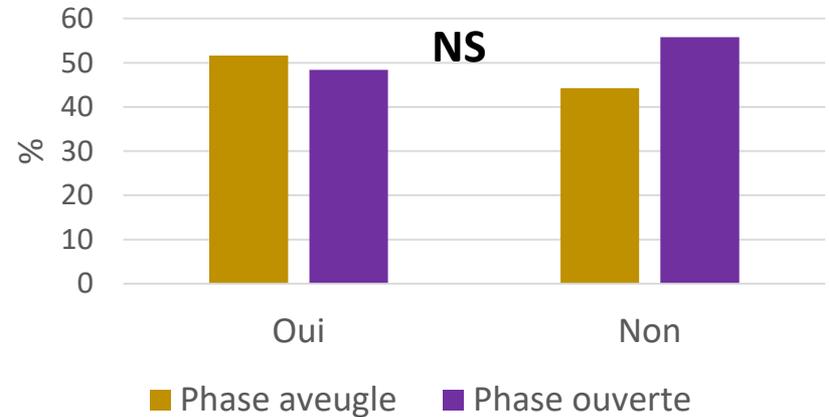
Prévention combinée



Consommation de drogues récréative



Consommation d'alcool



Discussion

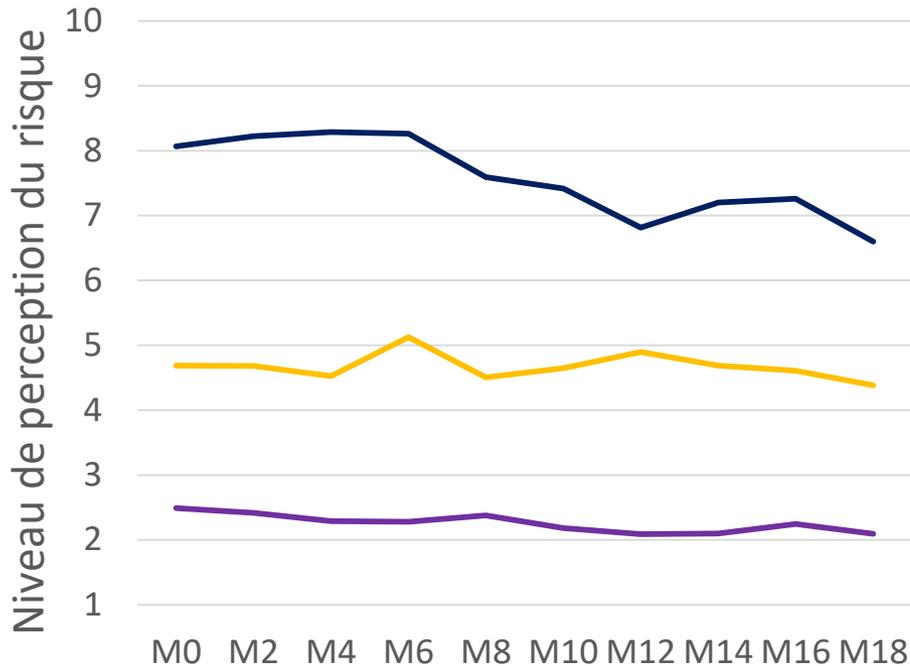
- Amélioration de l'adhésion à la PrEP en phase *OLE*
- Pas de signe de compensation du risque : comportements sexuels stables + diminution du nombre de partenaires sexuels MAIS diminution de l'utilisation du préservatif (déjà faible au début de l'essai)
 - Résultats concordants avec les données cliniques des IST publié dans l'essai
- Pour comprendre la dynamique des rapports sexuels, nécessité de se concentrer sur l'ensemble des indicateurs (comportements sexuels, stratégies de prévention etc)
- PrEP : intégration positive chez les HSH de l'essai → quels facteurs peuvent influencer l'adhésion à la PrEP ?
 - Perception du risque identifiée comme un des déterminants des comportements de prévention dans la littérature

Etude 2 : Perception du risque et stratégies de prévention

- **Contexte** : PrEP à la demande implique une anticipation et une évaluation des rapports sexuels à risques
- **Objectif** : étudier i) l'évolution de la perception du risque et les facteurs associés (*i.e.*, comment la perception du risque se construit) et ii) la relation entre perception du risque et adhésion à la PrEP et entre perception du risque et utilisation du préservatif
 - **Phase de l'essai** : ouverte
 - **Population** : participants (n=361)
 - **Méthode** : analyse longitudinale et quantitative
- **Modèle** : → Modèle de trajectoires pour les *outcomes* i) perception du risque VIH , ii) adhésion à la PrEP et iii) utilisation du préservatif
 - Modèle multivarié = identifier les facteurs associés à la perception du risque
 - Modèle de trajectoire joint : évaluer les proportions d'utilisation de la PrEP et du préservatif en fonction de la trajectoire de perception du risque.
- **Niveau d'analyse de Doise** : 1 et 2

Résultats 1/4

- **Trajectoires de perception du risque**



— Perception du risque faible (PF) (N=225; 62.3%)

— Perception du risque modérée (PM) (N=110; 30.5%)

— Perception du risque élevée (PE) (N=26; 7.2%)

- **Comparaison des caractéristiques principales des participants de chaque trajectoire :**

→ Nombre de partenaires sexuels au cours des deux derniers mois : PF (9.5[10.5]) < PM (15.1[24.5]) < PE (17.2[15.3]), $p = 0,004$

→ Consommation de drogues récréatives au cours des 12 derniers mois (oui) : PF (38.5%) < PM (54,1%) > PE (50,0%)

→ Pas de différences significatives pour les autres variables testées

Résultats 2/4

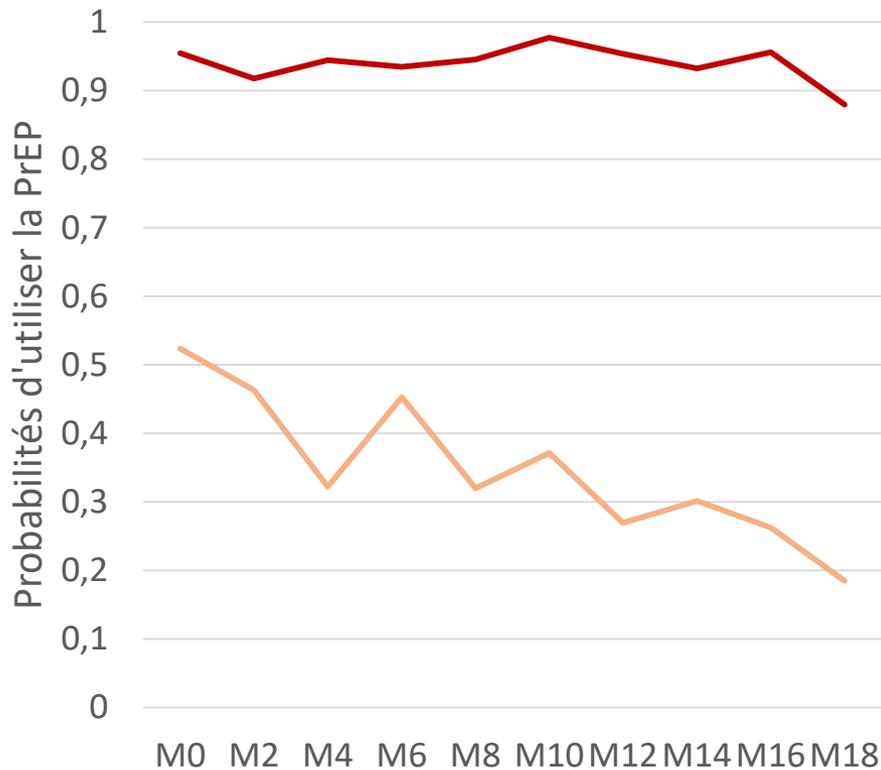
- Facteurs associés aux trajectoires de perception du risque :

	PF (60.2%)	PM (32.4%)	PE (7.4%)
Nombre de partenaires sexuels au cours des deux derniers mois	0.01 (p<0.0001)	0.04 (p<0.0001)	0,18 (p<0.0001)
DRS anal réceptif : oui	0.32 (p=0.009)	1.00 (p<0.0001)	1.55 (p=0.012)
Lieu du DRS : public	0.66 (p=0.0001)	0.46 (p=0.058)	1.58 (p=0.032)
DRS sous consommation de cannabis	-0.22 (p=0.284)	0.37 (p=0.190)	-0,22 (p=0.829)
DRS sous consommation d'alcool	0.42 (p=0.032)	-0,06 (p=0.845)	0,25 (p=0.714)
DRS sous consommation de drogues	0.77 (p<0.0001)	0,99 (p<0.0001)	-2,37 (p=0.0001)

BIC= -6208,37 (N=2724) BIC= -6175,88 (N=335) BIC= -6116,76 L= -6085,76

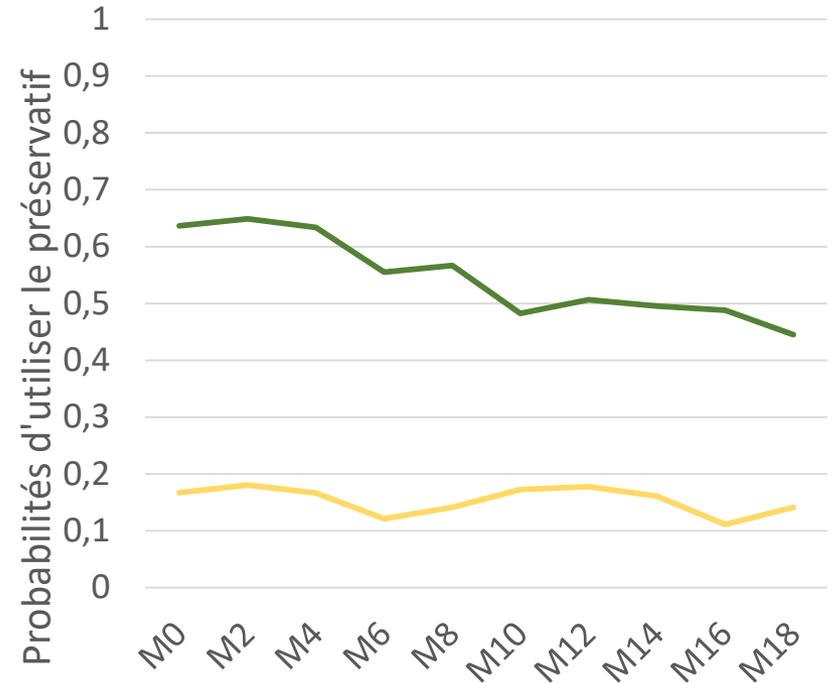
Résultats 3/4

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



— Adherence non systématique(N=111; 30,8%)

— Adherence systématique (N=250; 69,2%)

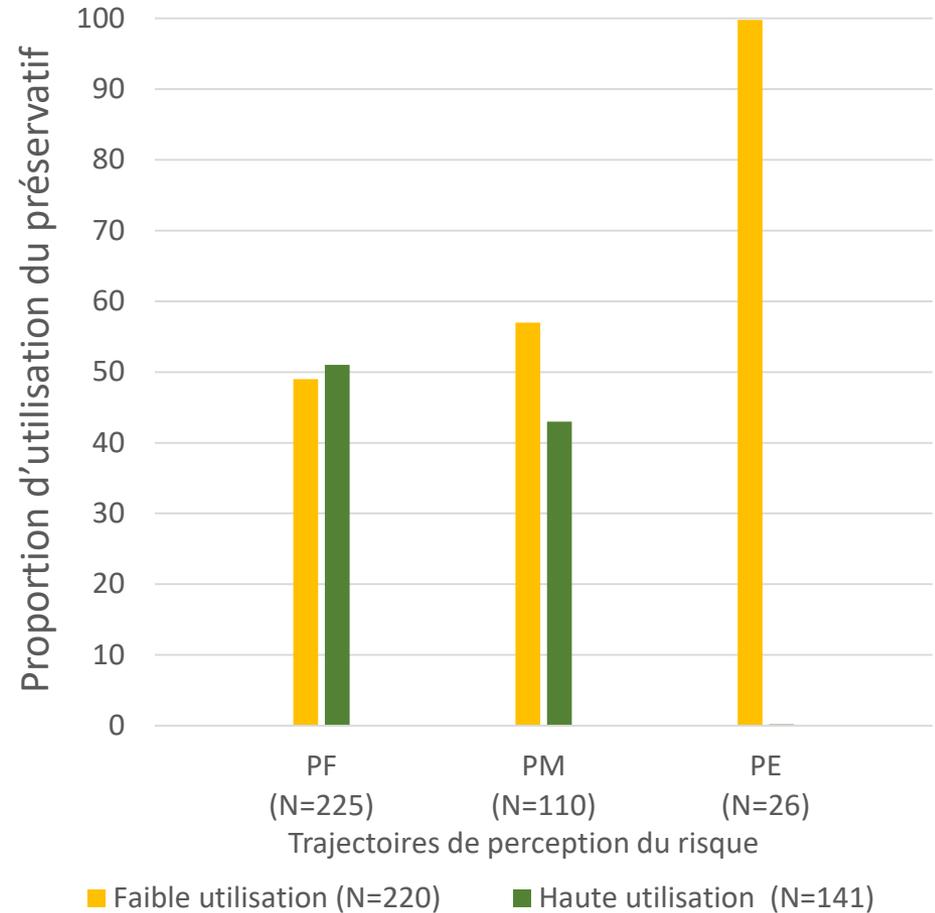
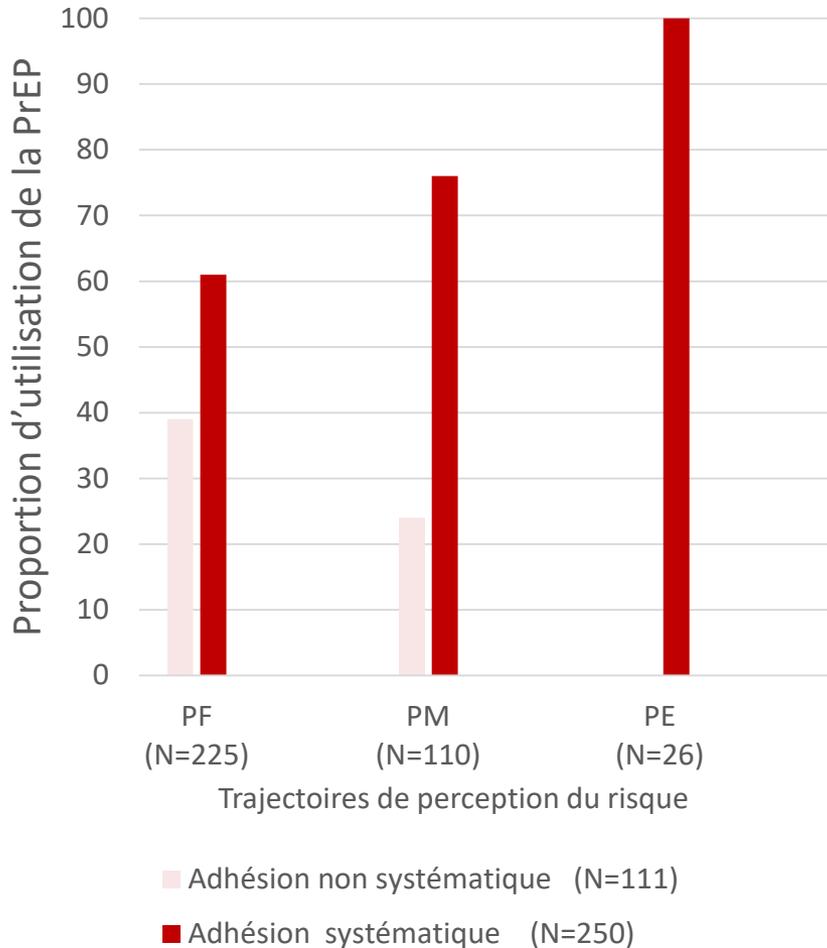


— Faible utilisation (N=220; 60,9%)

— Haute utilisation (N=141; 39,1%)

Résultats 4/4

- Impact de la perception du risque sur l'utilisation de la PrEP et du préservatif :



Discussion

Discussion

- La majorité des participants HSH ont une faible perception du risque
- La consommation de drogue semble avoir des effets contradictoires sur la PR
 - Groupe perception du risque élevée : stratégie de coping permettant d'avoir des rapports sexuels libérés du stress d'une infection par le VIH (Semple et al., 2004)
 - Autres trajectoires : prise de risque supplémentaire
- L'environnement dans lequel le rapport sexuel a lieu influence la PR (Apostolidis, 2000) :
 - Les lieux extérieurs au domicile, publics, étant perçus comme plus à risque que les lieux privés

Pourquoi la perception du risque impacte positivement seulement la prise de la PrEP ?

- L'utilisation du préservatif dépend de nombreux facteurs en plus du niveau de perception du risque : normes sociales et subjectives, contrôle comportemental perçu, attitude, intentions (Ajzen & Fishbein, 2000) → certains de ces facteurs seraient plus influents que la perception du risque sur l'utilisation du préservatif.
- La PrEP est moins soumise à cet ensemble de facteurs car c'est un acte individuel, privé.
- Préservatif : peut être associé à une baisse du plaisir ou de l'intimité (Calabrese, Reisen, Zea, Poppen, & Bianchi, 2012; Crosby, Yarber, Sanders, & Graham, 2005; Golub, Starks, Payton, & Parsons, 2012; Greene, Andrews, Kuper, & Mustanski, 2014; Sanders et al., 2012)

Synthèse des deux premières études

- La PrEP semble être un moyen de prévention plus adapté à la vie sexuelle des participants. Environ 75% des rapports sexuels sont protégés par la PrEP durant l'essai contre entre 30 et 40% des rapports anaux protégés par le préservatif.
- Lien fort entre perception du risque et adhésion à la PrEP → lorsque les barrières liées à la qualité de vie sexuelle et à l'adhésion du partenaire sont moindres, la relation entre la perception du risque et les comportements de prévention est plus linéaire.
- Le contexte (lieu du rapport sexuel), les comportements sexuels et les variables psychosociales, semblent être des éléments clé dans l'évaluation des risques.

Rôle de l'accompagnement dans l'étude du risque et de la PrEP

Contexte :

- L'approche psychosociale ne dissocie pas le contexte des comportements : accompagnement associé à la PrEP → élément contextuel
- Accès à la PrEP → prescription médicale, nouvelle forme de relation patient-médecin basée sur les prises de risques
- La relation patient.e-médecin est surtout pensée dans le cadre de la maladie.
 - Autres outils biomédicaux de prévention → pas de suivi régulier avec un médecin.
 - Seul point de comparaison : la pilule contraceptive mais peu de données disponibles
- Peut-on transférer l'état actuel des connaissances concernant la relation patient.e-médecin dans le champ thérapeutique au domaine de la prévention ?
- Underhill et al., (2015) → les difficultés des médecins pour discuter des pratiques et de l'orientation sexuelle des travailleurs du sexe HSH ou des HSH séronégatifs → freins à la mise en place de la PrEP
- En prévention → qualité de la relation patient.e-médecin centrale pour favoriser l'adhésion des patient.e.s. D'autant plus que la prescription de la PrEP implique de discuter de leur vie sexuelle

Modèles de relation patient-médecin

	Informatif	Interprétatif	Délibératif	Paternaliste
Rôle du médecin	Consultant, expert technique	Conseiller	Enseignant	Gardien
Rôle du patient	Définir ses préférences thérapeutiques et choisir son protocole de soin	Définir avec l'aide du médecin ses choix thérapeutiques	Définir les meilleures décisions médicales en discutant avec le médecin	Accepter les objectifs définis par le médecin

Modèles de relation patient-médecin

- Aucun modèles ne correspond à une relation patient-médecin optimale (Emanuel et Emanuel, 1992) mais chacun peut-être utilisé selon les situations.
- *Montreal model* (Karazivan et al., 2015a; Pomey et al., 2015)
 - Repose sur la reconnaissance des savoirs expérientiels du patient, issus de la vie avec la maladie, comme étant complémentaires des savoirs scientifiques des professionnels de la santé
 - Patient = partenaire, acteur de soin à part entière
- Quelle place pour les patients ne souhaitant pas s'impliquer ?
- Pétré et al., (2017) → mise en avant de « l'attitude éducative » des médecins dans la relation plutôt qu'une « codification » des échanges et activités

Etude 3 : La relation participant-médecin

- **Objectif** : analyser la relation participant-médecin dans ce contexte spécifique d'accompagnement préventif à la gestion du risque VIH

Population : médecins (n=18)

- **Phase de l'essai** : ouverte

- **Données** : entretiens qualitatif individuel

Méthode : analyse qualitative transversale

- analyse thématique de contenu
- **Niveau d'analyse de Doise** : 3

Article publié dans AIDSCare

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

- **Objectif** : analyser le vécu de l'accompagnement combiné médical et communautaire

Population : participants et médecins

- **Phase de l'essai** : aveugle et ouverte

- **Données** : entretiens qualitatif individuel (médecin, n=18; participant, n=16 x2) et collectif (13, n=45) + Focus Groups (8, n=33)

- **Méthode** : analyse qualitative transversale

- analyse thématique de contenu
- **Niveau d'analyse de Doise** : 3

Article publié dans pratiques psychologiques

Résultats 1/3

Point de vue des médecins sur la relation avec les participants

Vécu de la relation

Confiance et non jugement

Climat relationnel positif

Influence des caractéristiques du médecin

Participants très actifs

Relation plus partagée et moins hiérarchique

Éléments essentiels pour aborder les pratiques sexuelles et la consommation de drogues

Suivi des participants personnalisé

Lien fort avec les médecins et avec l'essai

Proximité en terme d'âge, de sexe et d'orientation sexuelle → facilitation des échanges

Résultats 2/3

Perception de l'accompagnement communautaire des médecins

Perception de
l'accompagnement
communautaire des médecins

Articulation de
l'accompagnement
médical avec
l'accompagnement
communautaire
perçu comme
complémentaire

Influence de
l'accompagnement
communautaire sur
les pratiques des
médecins →
compétences
relationnelles et
d'écoute

Résultats 3/3

- **Résultats : perception de l'accompagnement communautaire et médical des participants**

Perception de
l'accompagnement des
participants

Médical :
comparaison
favorable avec les
médecins rencontrés
avant l'essai mais
défavorable avec les
accompagnateurs
communautaires

Communautaire :
point fort de l'essai,
aussi important que
l'accès à la PrEP

Discussion

- Pratiques professionnelles influencent :
- La conception du patient
 - réservé aux personnes ayant une maladie
 - toute personne consultant un médecin
- La relation avec les participants
 - Relation « paternaliste » pour les spécialistes (au début de l'essai)
 - Modèle dominant : relation partagée (Roter, 2000), *patient-as-partner* (Karazivan et al., 2015a; Pomey et al., 2015)
- L'échange entre les médecins et les accompagnateurs communautaires améliore la relation médecin-participant et la perception des médecins de la part des participants.

Synthèse des études 3 et 4

- Aperçu du contexte dans lequel s'est déroulé l'essai pour les participants
- Accompagnement médical et communautaire → perçue positivement par les participants → a favorisé une bonne adhésion à l'essai et à la PrEP.
 - ✓ **Forme alternative aux protocoles d'ETP actuels ?**
- Climat favorable d'adhésion à la PrEP. Dans ce contexte, quels sont les facteurs qui expliquent les rapports non protégés par la PrEP ?

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

- **Objectif** : analyser les facteurs associés aux comportements à risque (*i.e.*, rapports sexuels protégés ni par le préservatif ni par la PrEP)
 - **Phase de l'essai** : ouverte
 - **Population** : participants (n=361)
 - **Méthode** : analyse longitudinale et quantitative
- **Outcome** : absence de PrEP et de préservatif au cours du dernier rapport anal
 - **Modèle** : → *GEE*
 - calcul des risques attribuables
 - **Niveau d'analyse de Doise** : 1 et 2

Résultats 1/2

- Variables psychosociales et comportementales :
 - ✓ Les participants ayant eu un épisode dépressif au cours des douze derniers mois (ajusté risque ratio [95% CI], p-valeur, 1.49 [1.0;2.17], 0.039)
 - ✓), avec un nombre élevé de rapports sexuels au cours des quatre dernières semaines (1.01 [1.002;1.02], 0.014)
 - ✓ ou des rapports sexuels sous l'emprise de l'alcool (1.45 [1.10;1.92], 0.008)
- **Probabilité plus élevée** de rapporter une absence d'utilisation de la PrEP et du préservatif au cours du dernier rapport sexuel
- Variables liées au partenaire sexuel :
 - ✓ lorsque le rapport sexuel a lieu avec un partenaire autre que le partenaire principal (occasionnel connu, 0.20 [0.14;0.30], <0.001 ; occasionnel inconnu, 0.10 [0.05;0.20], p<0.001 ; multiple, 0.11 [0.05;0.29], <0.001)
 - ✓ et avec un statut sérologique autre que négatif (séropositif avec CV indétectable, 0.57 [0.38;0.86], 0.007 ; séropositif avec CV détectable ou CV inconnue ou sérologie inconnue, 0.52 [0.32;0.87], 0.012)
- **Moins probable** d'estimer une absence d'utilisation de la PrEP et du préservatif

Résultats 2/2

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

→ Absence de « profil » de personnes à risque → facteurs associés aux rapports non protégés = facteurs dynamiques liés à la situation sociale et relationnelle du rapport sexuel, comme la distance affective avec le partenaire et/ou son statut sérologique

Discussion

- L'absence d'utilisation de PrEP et de préservatif au cours d'un rapport sexuel est principalement liée à la perception sociale du type de partenaire Forme de rationalité dans la gestion du risque VIH
 - Enjeu de santé publique : - recours insuffisant au dépistage (Haute Autorité de Santé, 2017; Marty et al., 2018)
 - majorité des infections avec un partenaire principal (Sullivan et al., 2009)
 - Manque de confiance dans le *TasP*
- Problématiques de santé mentale (épisode dépressif, consommation d'alcool en contexte sexuel) également liées aux rapports sans PrEP ni préservatif → besoin d'une approche personnalisée et holistique de la population des HSH dans le champ de la prévention

Analyse multi-niveaux de la gestion du risque VIH 1/2

- **Gestion individuelle du risque VIH :**
 - Lien fort entre le contexte et les comportements sexuels (situation sociale et interpersonnelle, moyens de prévention disponibles)
 - Pas de profil de personnes à risque → étudier les comportements de façon isolée ne permet pas leur compréhension. Besoin de prendre en compte le contexte et les facteurs psychosociaux en jeu
- **Effet des différents statuts sociaux dans les dynamiques relationnelles de l'essai**
 - Le triangle relationnel médecins-accompagnateurs communautaire-participants met en contact des groupes sociaux n'ayant ni la même position sociale ni le même pouvoir dans leurs interactions → reconfiguration des échanges et des enjeux de pouvoir au cours de l'essai (Sherif & Sherif, 1979; Doise, 1976, 1984; Foucault, 1975) → influence sur les résultats comportementaux observés
- **Le contexte sociétal, culturel et idéologique de la France quant au VIH et sa prévention**
 - PrEP introduite en France par l'association AIDES : facteurs d'ordre de la « morale » ont ralenti son évaluation
 - PrEP et stigmatisme

Analyse multi-niveaux de la gestion du risque VIH 2/2

- L'articulation des différents niveaux d'explications confirment la pertinence de mobiliser une lecture ternaire (Moscovici, 2014) de la gestion du risque VIH afin de tenir compte de l'interdépendance de l'individuel et du social.
- Vers une psychologie sociale de la situation ?
 - Former/éduquer les personnes à gérer des situations ≠ modifier les comportements