



**Hépatite aiguë C**  
**chez les homosexuels masculins séropositifs (VIH+)**  
**Étude HEPAIG et HEPAIG-quali**  
**2006 – 2008**

***Rapport de synthèse***

***Christine Larsen, Annie Velter, Elisabeth Delarocque-Astagneau***  
Institut national de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

***Jean-Yves Le Talec***  
CERTOP pôle SAGESSE, UMR 5044, CNRS et université de Toulouse 2-Le Mirail, France

***Françoise Linard***  
Hôpital Tenon, APHP, Paris, France

***Marie-Laure Chaix***  
Laboratoire de virologie de l'hôpital Necker, Paris, France

***Lionel Piroth***  
CHU de Dijon, France

Et le  
***Comité de pilotage de l'étude HEPAIG***



**Juin 2010**

## **Comité de pilotage de l'étude HEPAIG :**

Pr Laurent Alric, hépatologue, hôpital Purpan, CHU de Toulouse  
Dr Isabelle Aupérin, infectiologue, CHI André Grégoire, Montreuil  
Dr Marie-Laure Chaix, virologue, CHU Necker-Enfants malades, APHP, Paris  
Dr Elisabeth Delarocque-Astagneau, épidémiologiste, InVS, Saint-Maurice  
Dr Stéphanie Dominguez, infectiologue, CHU Pitié-Salpêtrière, APHP, Paris  
Dr Xavier Duval, infectiologue, CHU Bichat-Claude Bernard, APHP, Paris  
Dr Anne Gervais, hépatologue, CHU Bichat-Claude Bernard, APHP, Paris  
Dr Jade Ghosn, infectiologue, CHU Pitié-Salpêtrière, APHP, Paris  
Dr Christine Larsen, épidémiologiste, InVS, Saint-Maurice  
Yann Le Strat, biostatisticien, InVS, Saint-Maurice  
Jean-Yves Le Talec, sociologue, université de Toulouse 2-Le Mirail  
Dr Françoise Linard, psychiatre, hôpital Tenon, APHP, Paris  
Corinne Pioche, InVS, Saint-Maurice  
Pr Lionel Piroth, infectiologue, CHU de Dijon  
Pr Stanislas Pol, hépatologue, CHU Necker-Enfants malades, APHP, Paris  
Annie Velter, socio-démographe, InVS, Saint-Maurice

## **Remerciements :**

Aux participants à l'étude HEPAIG et à ceux qui ont consenti aux entretiens,  
À tous les partenaires engagés dans ce travail de recherche,  
À Madame Dalby (APHP, Hôpital Tenon, Paris),  
À Pierre Tessier (Kiosque Info Sida, Paris)  
À Danièle Authier (Frisse, Lyon)  
À Karine Bertin (transcriptions, Toulouse)

**Sommaire**

1. Introduction : contexte et objectifs .....	4
1.1 Objectifs de l'étude HEPAIG .....	4
2. Méthodologie et dispositif d'enquête .....	5
3. Volets épidémiologique, virologique et socio-comportemental : synthèse des résultats .....	6
3.1 Estimation de l'incidence du VHC .....	6
3.2 Génotypes impliqués .....	6
3.3 Principaux résultats du volet socio-comportemental .....	6
4. Résultats : enquête documentaire .....	7
4.1 Documents recueillis .....	7
4.2 Des messages multiples et contradictoires .....	7
5. Résultats : volet qualitatif.....	9
5.1 Protocole et dynamique du volet qualitatif.....	9
5.1.1 Protocole .....	9
5.1.2 Dynamique du volet qualitatif .....	9
5.2 La question des biais d'inclusion .....	9
5.3 Les hommes de l'enquête HEPAIG-quali.....	10
5.3.1 Description de l'échantillon.....	10
5.3.2 Activité et pratiques sexuelles .....	10
5.3.3 Consommation de « drogues récréatives » .....	10
5.3.4 Quelques éléments de synthèse.....	11
5.4 Dimension biographique et parcours de santé.....	12
5.5 L'événement « hépatite aiguë C » .....	12
5.5.1 La chronologie de l'enquête dans les parcours de soins .....	12
5.5.2 Le diagnostic et l'annonce de l'hépatite aiguë C.....	13
5.5.3 Représentations préalables de l'hépatite C .....	13
5.6 Prise en charge de l'hépatite aiguë C.....	14
5.7 Traitement de l'hépatite aiguë C .....	16
5.8 Sexualité et santé : des choix personnels.....	16
5.9 Premières conclusions du volet HEPAIG-quali .....	18
6. Résultats : volet clinique rétrospectif .....	19
7. Conclusion .....	20
Annexe : communications sur l'étude HEPAIG / HEPAIG-quali .....	20

## 1. Introduction : contexte et objectifs

Dès la fin des années 1990, en Europe, des cas de transmission du VHC chez des homosexuels masculins non injecteurs de drogues ont été constatés, alors même que les pratiques sexuelles non protégées se faisaient plus fréquentes dans ce groupe de population.

Dans ce contexte, l'Institut national de veille sanitaire (InVS) a entrepris et coordonné l'étude HEPAIG, portant sur les cas d'hépatite aiguë C chez des des homosexuels masculins séropositifs au VIH (VIH+). Un volet qualitatif HEPAIG-quali, initié par le CERTOP-SAGESSE (université de Toulouse 2) et soutenu par l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites (ANRS), a été associé à l'étude HEPAIG.

### 1.1 Objectifs de l'étude HEPAIG

L'étude HEPAIG porte sur la population cible constituée d'homosexuels masculins pris en charge à l'hôpital (ou en médecine de ville) pour leur infection à VIH et qui présentent une hépatite aiguë C diagnostiquée au cours de l'année 2006 ou 2007.

#### Volets quantitatif et virologique

Le volet quantitatif comporte un recueil de données sur dossier médical, un prélèvement sanguin et un autoquestionnaire socio-comportemental. Il a comme principaux objectifs :

- d'estimer l'incidence de l'infection à VHC dans la population cible ;
- de décrire les types de virus de l'hépatite C (VHC) impliqués et de rechercher d'éventuels *clusters*.
- de décrire les caractéristiques socio-démographiques des personnes, ainsi que leurs comportements, et de suggérer des hypothèses sur la transmission du VHC.

#### Volet qualitatif

À partir de l'échantillon quantitatif, le volet qualitatif a pour objectifs de préciser le contexte biographique et l'histoire médicale, les pratiques sexuelles, les éventuelles habitudes de consommation de produits psychoactifs (licites ou non) ou de performance, les connaissances et les attitudes vis-à-vis du risque de transmission du VIH, des IST et du VHC, de même que les attitudes vis-à-vis des recommandations de prévention. Cette étude s'intéresse aussi aux circonstances et au vécu du diagnostic, de la prise en charge et de l'éventuel traitement de l'hépatite aiguë C.

#### Étude HEPAIG dans son ensemble

La synthèse des données recueillies au cours de l'étude HEPAIG, tant quantitatives que qualitatives, doit permettre de mieux appréhender l'incidence de l'hépatite C et les comportements dans le groupe des homosexuels masculins séropositifs au VIH présentant une hépatite aiguë C.

Ces éléments sont indispensables à l'élaboration de messages pertinents, en termes d'information et de recommandations de prévention, destinés à la population ciblée.

#### Volet clinique rétrospectif

Le comité de pilotage a souhaité mettre en place un volet clinique complémentaire, dans le cadre de l'étude HEPAIG, coordonné par le Pr Lionel Pithot (CHU de Dijon). Ce volet a pour objectif de décrire :

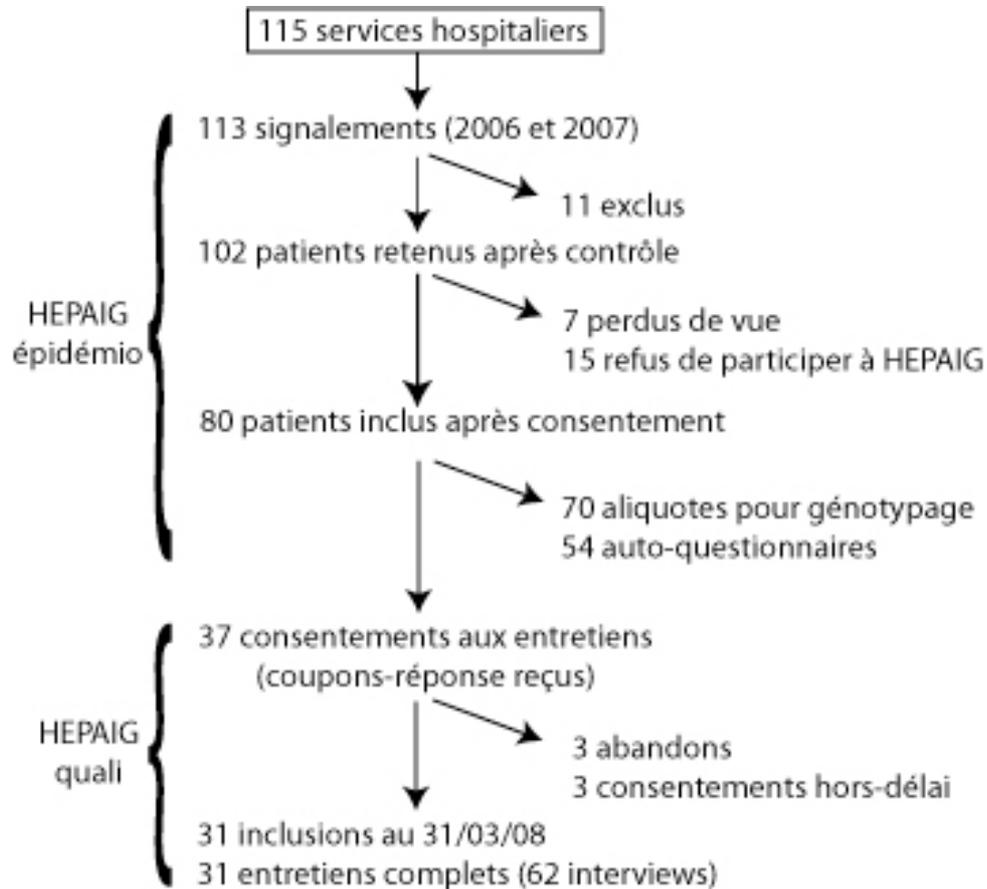
- les différentes modalités de prise en charge thérapeutique des hépatites aiguës C ;
- les complications éventuelles liées au traitement ;
- l'évolution clinique et biologique de l'hépatite C aiguë qu'elle ait été traitée ou non.

Il s'appuie sur la population d'étude incluse dans HEPAIG et vise à recueillir, après consentement des patients, un ensemble de données thérapeutiques, cliniques et biologiques relatives à la prise en charge de l'hépatite aiguë C.

## 2. Méthodologie et dispositif d'enquête

Le schéma 1 résume le dispositif global d'enquête de l'étude HEPAIG.

**Schéma 1 : dispositif global de l'enquête HEPAIG / HEPAIG-quali**



### Signalements

L'étude prospective HEPAIG repose sur un échantillon aléatoire de 115 services hospitaliers français métropolitains, constitué à partir des données issues du système de surveillance de l'infection à VIH entre 2003 et 2005 (hôpitaux ayant déclaré au moins un cas d'infection à VIH et un cas de sida chez des homosexuels masculins). Pour chaque service, les données relatives à l'activité de prise en charge du VIH sont recueillies. Dans la population d'étude, un cas d'hépatite aiguë C est défini par l'apparition d'anticorps anti-VHC ou d'ARN du VHC dans un délai inférieur à un an après une sérologie VHC négative documentée.

### Volet épidémiologique

Le médecin complète pour chaque patient, après consentement, un questionnaire clinique visant à recueillir des données cliniques, biologiques et virologiques des infections à VHC et à VIH et à rechercher les possibles prises de risque vis-à-vis du VHC dans l'année qui précède le diagnostic d'hépatite aiguë C.

### Volet socio-comportemental

Un auto-questionnaire anonyme, complété par les patients qui y consentent, porte sur les habitudes de vie, les pratiques sexuelles et les caractéristiques comportementales dans les six mois précédant le diagnostic d'hépatite, en particulier, les pratiques sexuelles et les facteurs de risque associés à la transmission du VHC.

## Volet virologique

Après accord du patient, une aliquote du prélèvement diagnostique d'hépatite C est adressée au laboratoire de virologie de l'hôpital Necker (Dr Marie-Laure Chaix) en vue de réaliser un génotypage et une analyse phylogénétique de chaque souche virale.

## Veille documentaire

Pendant la durée de l'étude HEPAIG, une attention particulière a été portée aux documents d'information sur l'hépatite C et de prévention de la transmission du VHC.

## Volet qualitatif (HEPAIG-quali)

À partir des inclusions dans l'étude HEPAIG, les hommes ayant consenti au volet qualitatif ont été sollicités pour deux entretiens semi-directifs successifs avec le sociologue, séparés d'un laps de temps d'environ quatre semaines : un premier temps d'interview centré sur le parcours biographique et les pratiques sexuelles, et un second temps centré sur le corps et la santé et les pratiques qui s'y rapportent.

## Volet clinique rétrospectif

Après accord du patient, des données relatives à la prise en charge et au traitement de l'hépatite aiguë C sont recueillies rétrospectivement par le médecin en charge du suivi. Ces données sont analysées au CHU de Dijon (Pr Lionel Piroth).

## 3. Volets épidémiologique, virologique et socio-comportemental : synthèse des résultats

### 3.1 Estimation de l'incidence du VHC

Estimation préliminaire de l'incidence du VHC dans la population étudiée<sup>1</sup> :

**0,48 % par an, IC95% = [0,43 - 0,54], en 2006**

**0,36 % par an, IC95% = [0,30 - 0,42], en 2007**

Cette estimation est comparable aux résultats de la cohorte suisse (0,70 %, [0,30 - 1,4]) et de la cohorte d'Amsterdam (0,87 %, [0,28 - 2,03]).

### 3.2 Génotypes impliqués

Une première analyse donne la répartition suivante en termes de génotypes :

**Génotype 1 : 27%      Génotype 3 : 13%      Génotype 4 : 60%**

### 3.3 Principaux résultats du volet socio-comportemental

Une première analyse des auto-questionnaires donne les indications suivantes<sup>2</sup> :

Caractéristiques de l'échantillon (n=54) :

Âge médian au diagnostic VHC	40 ans [27 - 48]
Intervalle médian entre diagnostics VIH et VHC	8 ans [0 - 22]
Habitat urbain	81%
Célibataire	54 %
Occupant un emploi	83 %
Niveau d'éducation supérieur (bac+8)	36 %

<sup>1</sup> Le Strat Y., Larsen C., Gervais A. et al. « Incidence of acute hepatitis C virus infection among HIV-infected men who have sex with men in France in 2006 and 2007 », poster, *2nd European Scientific Conference on Applied Infectious Disease Epidemiology (ESCAIDE)*, Berlin, 19-21 novembre 2008.

<sup>2</sup> Velter A., Larsen C., Le Talc J.-Y. et al., « Acute hepatitis C in HIV-infected men who have sex with men in France in 2006 and 2007, HEPAIG study, behavioural results », poster, *XVIIe International AIDS Conference*, Mexico, 3-8 août 2008.

Facteurs de risque pouvant être associés à la transmission du VHC :

Au moins une IST dans les 6 mois précédents	64%
Tatouages / piercings	13 %
Endoscopies / chirurgie	15 %
Usage de drogues par injection	0 %
Usage de drogues par inhalation	68 %

Pratiques sexuelles avec le partenaire stable et les partenaires occasionnels :

<b>Pratiques sexuelles</b>	<b>Part. stable</b>	<b>Part. occasionnels</b>
Sexualité avec :	46 %	94 %
Pénétration anale	95 %	100 %
Dont non protégée	95 %	95 %
Pratique du fist	54 %	69 %
Dont non protégée	75 %	39 %
BDSM	50 %	51 %
Saignements constatés lors des rapports sexuels	54 %	40 %
Pratiques avec part. stable et occasionnels	91 %	-

## 4. Résultats : enquête documentaire

Une attention particulière a été portée aux documents d'information portant sur l'hépatite C, mis à disposition du public et plus spécifiquement des hommes gais. Ce recueil n'a pas de caractère exhaustif, mais il reflète le niveau de préoccupation des pouvoirs public et des intervenants associatifs sur cette question.

### 4.1 Documents recueillis

Vingt-et-un documents relatifs à l'hépatite C ont été collectés sur le terrain, en France, durant l'enquête HEPAIG-quali en 2007 et 2008. Ils étaient offerts en accès libre dans différents lieux, tels que bars et locaux associatifs gais, structures de prévention santé, services hospitaliers VIH, etc. À titre de comparaison, quelques documents ont été recueillis lors des conférences CHAPS<sup>3</sup> au Royaume-Uni en 2007, à Londres, et en 2009, à Brighton.

### 4.2 Des messages multiples et contradictoires

D'un point de vue médical et épidémiologique, l'hépatite C ne fait pas partie des IST, bien que la transmission du VHC soit possible lors de rapports sexuels, dans certaines conditions. Ce classement ou non parmi les IST constitue toutefois un point de divergence dans les documents d'information sur l'hépatite C, notamment ceux destinées aux hommes gais et aux HSH.

L'offre gracieuse de documentation sur l'hépatite C fait coexister des références récentes aux côtés d'autres plus anciennes, et ceci quels que soient les éditeurs, publics ou associatifs. Dans notre panel, ces dates de parution s'étalent sur cinq ans (2004 à 2008), et c'est l'une des sources d'ambiguïté des messages diffusés. Jusqu'en 2006, il n'existe pas de documents spécifiques destinés aux gais, mais il en existe pour les usagers de drogues : l'hépatite C n'y est pas présentée comme une IST et, dans certains d'entre eux, la transmission sexuelle du VHC est explicitement écartée<sup>4</sup>. Selon le consensus médical en vigueur, seule la transmission par le sang est mentionnée (transfusion avant 1991, échange de matériel d'injection, etc.).

<sup>3</sup> CHAPS (*Community Health and Program Services*) est un réseau d'organisations gais et de lutte contre le sida organisé en 1996 à l'initiative du *Terrence Higgins Trust*. Ce partenariat a développé un programme national de prévention en direction des hommes gais et bisexuels au Royaume-Uni et organise une conférence annuelle.

<sup>4</sup> Loustaud-Ratti V., *Histoire de Max. Document didactique sur l'hépatite C*, Itzac, Level Santé, 2005 [2001].

En 2006, apparaissent des ressources spécifiquement destinées aux gais, issues du secteur public (INPES) comme du secteur associatif (SNEG prévention) ; l'hépatite C n'y est pas plus présentée comme une IST, mais la possibilité de sa transmission sexuelle est évoquée<sup>5</sup>.

À partir de 2007, l'hépatite C commence à être rangée parmi les IST par certains émetteurs, comme le SNEG prévention (guides *safer sex*, affiche « Alerte hépatite C », site Internet) ou la presse gaie (*Agenda Q*), de manière affirmative<sup>6</sup>. D'autres sources restent plus proches du consensus médical classique : ainsi le guide *Têtu + 2008-2009* range-t-il l'hépatite C parmi les IST, mais en précisant seulement « transmission par le sang, donc par contact sanguin lors d'une sodomie ou d'un *fist-fucking* »<sup>7</sup>. En revanche, l'INPES ne place pas l'hépatite C parmi les IST, ou plutôt joue l'omission dans ses documents spécifiques aux gais<sup>8</sup>.

Il est intéressant de noter que les émetteurs de documents non spécifiques aux gais adaptent le discours consensuel, en ajoutant le contexte de la sexualité aux occasions possibles de contagie sanguin, sans toutefois intégrer l'hépatite C au groupe des IST<sup>9</sup>.

À titre de comparaison, les quelques documents originaires du Royaume-Uni montrent que la situation y est assez semblable à la France, du point de vue de la variabilité de l'information. Toutefois, une transmission sexuelle possible par le sperme y est évoquée beaucoup plus tôt, dès 2003<sup>10</sup>. Des précisions viennent avec le temps : « C'est seulement depuis ces dernières années qu'il est devenu évident que l'hépatite C peut être transmise lors de relations sexuelles entre hommes [...] Les tests de laboratoire montrent que le VHC est présent dans le sperme, mais on ignore si les quantités sont suffisantes pour une transmission par cette voie »<sup>11</sup>. De la même manière qu'en France, certains documents spécifiques aux gais présentent l'hépatite C comme faisant partie des IST, ce qui n'est pas toujours le cas des documents non spécifiques, qui restent plus prudents<sup>12</sup>.

Ce flou en termes d'informations reflète en définitive les incertitudes scientifiques qui demeurent en matière de transmission sexuelle du VHC, notamment chez les gais séropositifs, et la prudente évolution d'un consensus médical originel fondé sur l'unique vecteur sanguin. En tenant compte de la coexistence de l'ensemble des sources disponibles à un moment donné (ici, en 2007 et 2008), le caractère ambigu, voire contradictoire de l'information offerte aux gais apparaît évident. Selon la référence consultée, l'hépatite C est ou n'est pas une IST, le VHC est ou n'est pas transmissible lors de relations sexuelles non protégées, le sperme est ou n'est pas contaminant. Sur ce dernier point, des travaux scientifiques récents plaident pour une transmission essentiellement sanguine lors de rapports sexuels entre hommes<sup>13</sup>.

---

<sup>5</sup> SNEG prévention et Association des médecins gais, *Gais à votre santé*, livret 28 p., 2006 ; Warning, site *Belle tapiole ABC Hépatites*, URL : <http://abchepatite.belle-tapiole.info/>, 2006.

<sup>6</sup> SNEG prévention, *Guide safer sex soft. Protection, pratiques, risques*, livret 64 p., 2008 ; SNEG, [http://www.sneg.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=47&Itemid=171](http://www.sneg.org/index.php?option=com_content&task=view&id=47&Itemid=171).

<sup>7</sup> Persiaux R., « IST : évitez-les, sinon dépistez-les », *Têtu + 2008-2009*, supplément de *Têtu* n° 139, 2008, p. 18-19.

<sup>8</sup> INPES, *Ce soir tu risques de coucher avec hépatite C*, affiche et flyer, 2007.

<sup>9</sup> Par exemple : SOS hépatites, *Être hépatant*, livret n° 1, 12 p., 2007.

<sup>10</sup> Terrence Higgins Trust, *The risks of hepatitis C*, livret 20 p., 2003 ; Terrence Higgins Trust, *The Manual, a gay guide to STIs and clinics*, livret 80 p., 2005.

<sup>11</sup> Terrence Higgins Trust, *Your sexual health*, livret 64 p., 2008.

<sup>12</sup> HIV i-Base, *Guide to hepatitis C for people living with HIV*, livret 84 p., 2009.

<sup>13</sup> Schmidt A. J. *et al.*, « The trouble with bleeding: why do HIV-positive gay men get hepatitis C? », 12th *European AIDS Conference*, Cologne, BPD 1/7, 2009.

Ces incertitudes inhérentes à l'information sur le VHC contribuent à expliquer celles exprimées par les répondants à l'enquête HEPAIG-quali.

## 5. Résultats : volet qualitatif

### 5.1 Protocole et dynamique du volet qualitatif

#### 5.1.1 Protocole

L'échantillon d'entretiens est constitué sur la base d'un volontariat « encouragé ». Le principe des entretiens est en effet proposé par le médecin, dans le cadre de sa consultation, au moment où il remet au patient sa « Fiche individuelle d'information et de consentement ». Les patients consentants ont été inclus « au fur et à mesure » dans le sous-échantillon d'entretiens, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine.

Les entretiens sociologiques ont été menés classiquement selon une approche semi-directive. Ils ont été enregistrés et intégralement retranscrits. Leur cadre éthique est celui de l'anonymat et de la confidentialité. Chaque interview est structurée par une grille thématique : la première interview aborde plutôt la dimension biographique du sujet, puis sa sexualité et enfin la survenue de l'hépatite C ; la seconde interview s'intéresse au parcours de soins spécifique au VIH, à la période des six mois précédant le diagnostic de l'hépatite, aux pratiques spécifiques du sujet et enfin aux projections qu'il peut faire quant à sa sexualité et sa santé.

Le dispositif méthodologique comportait aussi le recueil d'observations sur le contexte des entretiens. Ces notes ethnographiques ont été consignées dans un carnet de terrain, le plus rapidement possible après chaque interview.

#### 5.1.2 Dynamique du volet qualitatif

Le terrain de l'enquête HEPAIG-quali s'est déroulé sur une durée de 17 mois, du 24 octobre 2006 (premier coupon reçu) au 17 mars 2008 (dernière interview réalisée).

De manière tout à fait notable, aucun abandon n'a été constaté entre les deux interviews. Dans une configuration moyenne, les participants se sont en pratique engagés dans le volet HEPAIG-quali pour une durée d'environ 17 semaines, à partir de l'envoi de leur coupon de consentement, jusqu'à la seconde interview.

La durée des interviews s'établit à environ une heure. Pour la première, la durée médiane est égale à 60 minutes (moyenne 65', extrêmes 33-102') et pour la seconde à 50 minutes (moyenne 55', extrêmes 31-92').

### 5.2 La question des biais d'inclusion

L'échantillon HEPAIG-quali ne diffère pas significativement de l'échantillon primaire de l'étude HEPAIG, d'un point de vue socio-démographique, épidémiologique ou comportemental.

Il ne diffère pas non plus significativement du panel des auto-questionnaires sur le plan socio-démographique. Il apparaît toutefois une différence quant à l'intervalle entre les diagnostics du VIH et du VHC (10 ans *versus* 8 ans,  $p=0,05$ ). Sur le plan comportemental, on note une moindre fréquentation des bars et discothèques (27 % *vs* 61 %,  $p=0,018$ ), un mode de vie en couple systématiquement « ouvert » (parmi les hommes en couple, 100 % ont d'autres partenaires, *vs* 75 %,  $p=0,025$ ), une pratique systématique des rencontres occasionnelles (100 % *vs* 79 %,  $p=0,006$ ) et une pratique plus fréquente des pénétrations anales non protégées avec un partenaire occasionnel (97 % *vs* 79 %,  $p=0,039$ ).

Le fait de consentir au volet qualitatif ne semble donc pas spécifier un groupe typiquement différent au sein de l'échantillon HEPAIG, dans la mesure où la petite taille des effectifs relativise les écarts notés sur le plan comportemental avec les auto-

questionnaires. On retiendra cependant comme différence notable l'écart au diagnostic VIH-VHC.

### **5.3 Les hommes de l'enquête HEPAIG-quali**

#### **5.3.1 Description de l'échantillon**

Les hommes ayant répondu aux entretiens sont âgés de 33 à 58 ans (moyenne : 42 ans) et résident quasiment tous en zone urbaine, soit à Paris ou en région parisienne (18), soit dans une capitale régionale ou à proximité (12) ; un seul répondant peut être considéré comme sans domicile fixe (mais pas sans lieu de résidence) au moment des interviews. Pour moitié environ, ils vivent en couple avec un autre homme (17). Quelques uns ont été mariés par le passé, ou vivent avec un homme qui l'a été, et ont élevé des enfants ou en élèvent encore.

Ces hommes sont pour la plupart bien insérés dans le monde du travail. Ils occupent des emplois variés, en majorité du secteur tertiaire, plutôt à un niveau moyen ou élevé. On compte toutefois deux ouvriers (industrie, services) et quatre employés (banque, commerce, transport). En termes de statuts, les situations sont également variées : au moment des entretiens, trois répondants sont en invalidité et trois autres en recherche d'emploi (chômeurs indemnisés ou RMI). Les autres sont fonctionnaires (3), salariés du secteur privé (16) ou travailleurs indépendants (6).

Enfin, ces hommes sont dans l'ensemble hautement socialisés. Pour la plupart, ils décrivent une pluralité de réseaux sociaux dans lesquels ils évoluent (famille, amis, travail, loisirs, mobilisations collectives parfois) et parmi lesquels les réseaux de rencontres sexuelles tiennent une place importante.

#### **5.3.2 Activité et pratiques sexuelles**

De ce point de vue, l'échantillon est particulièrement homogène : tous ces hommes sont sexuellement actifs et ont de multiples partenaires occasionnels. La majorité d'entre eux pratique la pénétration passive et/ou le *fist*.

Tous ont opté pour des pratiques sexuelles non protégées, épisodiques ou régulières, notamment de pénétration anale sans préservatif et parfois de *fist* sans gant. La plupart privilégient des interactions avec des partenaires également séropositifs et mettent en œuvre des procédures de réduction des risques sexuels (séroadaptation<sup>14</sup>).

Les pratiques sociales associées à cette activité sexuelle sont très diverses. Les rencontres peuvent s'opérer sur Internet, dans des bars à *backroom*, des *sex clubs*, des saunas, ou encore au sein de réseaux de partenaires sexuels déjà constitués et, dans ce cas, les interactions se déroulent plutôt dans des lieux privés. Ces réseaux dépassent le simple « utilitarisme sexuel » ; ils sont aussi associés, dans les récits, à d'autres valeurs, telles que la convivialité, le soutien, l'information mutuelle.

Certaines pratiques intégrées à la sexualité sont enfin notables : d'une part, l'habitude de pratiquer des lavements en préalable à l'activité sexuelle – voire, dans certains cas, régulièrement ou même quotidiennement – est très répandue dans cet échantillon ; d'autre part, l'usage de lubrifiant lors de pénétration anale passive sans préservatif est loin d'être systématique. Ces deux pratiques sont de nature à fragiliser les muqueuses et pourraient en conséquence être associées à la transmission du VHC.

#### **5.3.3 Consommation de « drogues récréatives »**

Sous cette désignation sont rangées les substances psychoactives et celles améliorant les performances sexuelles. Il convient de souligner au préalable que les hommes de l'échantillon HEPAIG-quali sont des « consommateurs » réguliers de médicaments prescrits : la plupart suivent un traitement anti-VIH et, au moment des entretiens, 17

---

<sup>14</sup> Le Talec J.-Y. et Jablonski O., « Seroadaptation instead of serosorting, a broader concept et a more precise process model », poster, XVIIe *International AIDS Conference*, Mexico, 3-8 août 2008.

d'entre eux sont en cours de traitement anti-VHC. En outre, ils rapportent également divers traitements ponctuels récents (IST) et la moitié d'entre eux utilise des anxiolytiques, des antidépresseurs et/ou des somnifères, déjà prescrits avant l'épisode d'hépatite C aiguë ou associés au traitement de cette dernière.

Durant les six mois qui précèdent le diagnostic d'hépatite C, seuls deux répondants déclarent ne prendre aucune drogue et quatre ne consommer que du *poppers*. Les vingt-cinq autres utilisent au moins deux produits psychoactifs différents, associés plus ou moins régulièrement à l'activité sexuelle. Douze hommes indiquent consommer entre deux et quatre drogues différentes et les treize restants entre cinq et huit. Un seul répondant évoque une expérience ancienne d'injection.

La majorité (22/31) n'associe pas la consommation d'alcool à la sexualité. Les substances les plus utilisées sont les nitrites (*poppers*, 23/31) et le cannabis (19/31).

La cocaïne, l'acide gamma-hydroxybutyrique et la butyrolactone (GHB, GBL ou « G »), la méthylène-dioxy-méthylamphétamine (MDMA, ecstasy) et la kétamine (*special K*) sont mentionnés par la moitié de l'échantillon. Dix hommes utilisent deux de ces quatre substances, et dix autres trois d'entre elles ou les quatre. Elles peuvent être consommées séparément en différentes occasions, mais le plus souvent, elles sont absorbées séquentiellement durant l'activité sexuelle.

D'autres substances sont signalées, plus rarement : les amphétamines (*speed*, un utilisateur ; *crystal meth*, 4), le LSD (« acide », 1), ainsi que l'utilisation inhabituelle de chlorure d'éthyle en inhalation, connu sous le nom de « bombe du Dr Henning » (3), dont l'effet est comparé au *poppers*, en plus intense.

Enfin, les deux tiers de ces hommes (22/31) ont essayé ou utilisent soit du Viagra®, soit du Cialis® dans le but d'améliorer et de prolonger les interactions sexuelles, plutôt que pour corriger une réelle dysfonction érectile, liée par exemple au traitement des infections à VIH ou VHC.

Parmi leurs motivations, ces hommes indiquent utiliser ces multiples substances pour accroître leur activité sexuelle et augmenter la sensation de plaisir. Bien que quelques uns d'entre eux indiquent ne pouvoir se passer de tel ou tel produit dans le contexte de leur sexualité (par exemple le *poppers* ou le GHB), aucun ne décrit l'usage de ces « drogues récréatives » comme une addiction ou ne se décrit comme « toxicomane » ou en état de dépendance. Une partie de l'échantillon fait état de connaissances relatives aux effets secondaires de ces drogues : ils évitent de consommer de l'alcool lorsqu'ils prennent du GHB, ou encore du *poppers* associé au Viagra® ou au Cialis®. Ils semblent cependant beaucoup moins bien informés sur les interactions possibles entre ces substances et les médicaments qu'ils prennent.

#### **5.3.4 Quelques éléments de synthèse**

Les hommes de cet échantillon présentent un profil particulier : ils sont homosexuels et séropositifs, ont une sexualité non protégée, sont traités pour de multiples infections et consomment de multiples « drogues récréatives ». Ils peuvent s'inscrire, au moins pour partie d'entre eux, dans un profil d'« hypersexualité récréative »<sup>15</sup> ou d'« aventurisme sexuel »<sup>16</sup>, déjà décrits dans la littérature anglo-saxonne.

Ils sont par ailleurs très conscients d'absorber en permanence des composés chimiques qui les imprègnent et modifient leur corps à long terme. Ils expriment toutefois une confiance profonde dans la technologie pharmaceutique et médicale et tirent parti de toutes les prescriptions possibles en vue d'améliorer leur santé ou de réduire d'éventuels dommages liés à leur sexualité ou à l'usage de drogues. À côté des

---

<sup>15</sup> Hurley M., « VIH, santé sexuelle et cultures gaies contemporaines », in Jablonski O., Le Talec J.-Y. et Sideris G. (dir.), *Santé gaie*, Paris, Éditions Pepper et L'Harmattan, 2010, p. 117-142.

<sup>16</sup> Smith G., Worth H. et Kippax S., *Sexual Adventurism among Sydney Gay Men*, monographie 3/2004, Sydney, National Centre in HIV Social Research, 2004.

traitements prescrits et des « drogues récréatives », certains produits ont un statut intermédiaire : il s'agit de médicaments *utilisés comme des drogues*, par exemple le Viagra® ou le Cialis®, ou encore les anxiolytiques.

La sexualité de ces hommes est donc fortement médicalisée, mais de manière paradoxale : d'un côté, ils optimisent leur activité et leur plaisir sexuel par tous les moyens chimiques possibles, y compris pharmaceutiques, mais de l'autre, ils relativisent les risques et les effets indésirables associés aux drogues et rejettent les outils de prévention (préservatifs, gants), perçus comme autant de contraintes. Cette posture peut être en partie expliquée par une idéologie du plaisir individuel et un ensemble de croyances déculpabilisées et fondées sur un solide optimisme envers la « science ».

#### **5.4 Dimension biographique et parcours de santé**

Les interviews successives auxquelles se sont prêtés les enquêtés ne constituent pas à proprement parler des récits de vie ; ces entretiens semi-structurés laissent toutefois une large place à une dimension biographique, volontairement orientée selon deux fils conducteurs, la sexualité et la santé, qui prend en compte la fragmentation du monde social dans lequel évoluent les individus<sup>17</sup>.

C'est dans cette démarche et cet esprit que la dimension biographique des entretiens est analysée afin d'éclairer l'événement que constitue la découverte d'une hépatite aiguë C, dans le contexte particulier d'une sexualité entre hommes et de l'infection à VIH. La restitution de cette dimension biographique reconstitue aussi à grands traits le parcours de santé de ces hommes, au moins en regard d'éléments se rapportant à leur sexualité : à ce titre, l'annonce de la séropositivité constitue un moment majeur et souvent une rupture biographique<sup>18</sup>.

La perspective biographique permet aussi de constater qu'une approche « instantanée » des pratiques et des facteurs de risque (qu'elle soit quantitative ou même qualitative) ne peut rendre compte de la complexité parfois très grande des contextes, des parcours et des logiques d'action qui prennent source dans un temps plus long, mais également que cette perspective enrichit notablement le tableau esquissé par l'analyse épidémiologique et comportementale.

Enfin, dans cet échantillon qui peut apparaître à première vue comme très homogène, l'approche biographique dévoile en réalité une grande diversité entre les hommes qui le composent.

#### **5.5 L'événement « hépatite aiguë C »**

L'événement « hépatite aiguë C » est au centre de l'enquête HEPAIG-quali, c'est le point focal qui structure les entretiens et légitime le fait que d'autres questions, en lien, soient abordées. Les différentes configurations *décrites* autour de cet événement varient évidemment en fonction de la chronologie des interviews dans le parcours de soins, de même que selon les décisions médicales et celles prises par les patients.

##### **5.5.1 La chronologie de l'enquête dans les parcours de soins**

À partir d'une situation commune à l'ensemble de l'échantillon (l'enquête intervient *après* le diagnostic d'hépatite aiguë C), différentes configurations chronologiques sont possibles, notamment en regard de l'évolution de l'infection à VHC du traitement éventuellement prescrit :

- au moment des interviews, le traitement est en cours (13 cas) ;

---

<sup>17</sup> Bertaux D., *Les récits de vie, op. cit.*, p. 8.

<sup>18</sup> L'approche biographique a fait l'objet de nombreuses études. Voir notamment Delor F., *Séropositifs. Trajectoires identitaires et rencontres du risque*, Paris, L'Harmattan, 1997 ; Mendès-Leite R. et Banens M., *Vivre avec le VIH*, Paris, Calmann-Lévy, 2006 ; Pierret J., *Vivre avec le VIH. Enquête de longue durée auprès des personnes infectées*, Paris, PUF, 2006.

- avant les interviews, le traitement est terminé (3 cas) ;
- le début du traitement intervient entre les deux interviews (2 cas) ;
- la fin du traitement intervient entre les deux interviews (2 cas) ;
- avant ou entre les interviews, le traitement est interrompu (3 cas) ;
- avant ou entre les interviews, il n'y a pas de traitement prescrit (6 cas) ;
- avant les interviews, le traitement est refusé par le patient (2 cas).

Il est évident que ces différentes configurations influent sur la teneur des entretiens : la perspective des répondants est profondément différente selon qu'ils se savent en guérison virologique (spontanée ou thérapeutique), ou qu'ils sont en attente d'une proposition de traitement, ou qu'ils sont en situation d'échec.

Malgré ces configurations différentes, les récits des interviewés présentent un certain nombre de traits communs, relatifs à l'annonce et à la prise en charge de leur hépatite.

### **5.5.2 Le diagnostic et l'annonce de l'hépatite aiguë C**

Dans la plupart des cas, le diagnostic de l'hépatite C fait suite à un ensemble d'examen biologiques de contrôle, prescrits dans le cadre du suivi régulier de l'infection à VIH. Il s'agit donc d'une découverte « inopinée », sans qu'il y ait de suspicion préalable d'hépatite chez ces patients. Tout au plus rapportent-ils *a posteriori* des signes non spécifiques, principalement une sensation de fatigue. Dans quelques cas seulement, la recherche d'une hépatite est motivée, soit par des symptômes spécifiques (un ictère), soit parce que le patient mentionne avoir un partenaire infecté par le VHC. Il convient aussi de signaler que dans trois cas, les diagnostics d'hépatite C et d'infection à VIH sont concomitants (ou très rapprochés dans le temps).

Le processus de diagnostic est parfois long : l'attention du médecin est dans un premier temps attirée par une anomalie biochimique (transaminases élevées), ce qui conduit dans un second temps à une recherche spécifique d'hépatite. Dans quelques cas, la préexistence de l'infection par le VHC est mise en évidence dans des prélèvements antérieurs, conservés au laboratoire.

L'annonce du diagnostic d'hépatite C aiguë est effectuée soit par le médecin prescripteur, en général l'infectiologue qui suit le patient pour son infection à VIH, soit par le médecin généraliste qui reçoit les résultats d'analyse. Le plus souvent, ce diagnostic est annoncé au cabinet ou à l'hôpital, lors d'une nouvelle consultation. Elle est parfois faite au téléphone, ce que les répondants concernés trouvent en général anormal, voire choquant.

Dans la plupart des cas, l'annonce de l'hépatite provoque de la surprise. Seuls quelques répondants ayant déjà eu une hépatite B ou C se montrent moins étonnés. Elle suscite aussi à divers degrés des sentiments de culpabilité et/ou de responsabilité, très largement associés aux pratiques sexuelles non protégées ou identifiées comme « à risque ». Toutefois, dans nombre de cas, les répondants n'identifient pas clairement une situation ou un comportement spécifique objectivement responsable de la transmission du VHC. Ce sont plutôt des faisceaux d'hypothèses qui sont évoqués : rapports de pénétration non protégés, et/ou pratique du *fist* sans usage de gants, et/ou transmission par le biais de pailles (consommation de cocaïne) ou d'accessoires sexuels.

### **5.5.3 Représentations préalables de l'hépatite C**

Dans leurs récits, les interviewés font référence aux représentations qu'ils avaient de l'hépatite C, avant de découvrir qu'ils en sont atteints. La grande majorité d'entre eux ne se sentait en effet pas concernée par cette pathologie. Ils en connaissaient l'existence de manière plus ou moins vague, mais ne se pensaient pas directement exposés. En effet, le « risque VHC » était dans leur esprit associé à la toxicomanie par injection et non à la sexualité. La transmission par voie sanguine, connue d'une partie de l'échantillon HEPAIG-quali, venait renforcer cette représentation : l'échange de

sang n'était pas envisagé dans le contexte de rapports sexuels, alors qu'il paraît évident lors d'un échange de seringue. Le fait qu'en France l'hépatite C ne soit pas étiquetée comme une IST semble renforcer cet ensemble de représentations ; c'est en tous cas une raison qui vient justifier que l'on ne se sente pas concerné. L'hypothèse de la transmission sexuelle paraît parfois si peu plausible, ou acceptable, ou même envisageable, que d'autres registres d'explication sont aisément évoqués, d'autant plus lorsque le compagnon régulier est « épargné » alors qu'il partage les expériences sexuelles du sujet. De manière plus « rationnelle », quelques répondants évoquent la possibilité de transmission du VHC lors de consommation de cocaïne par inhalation (échange de pailles).

À l'appui de ces constats, il apparaît que l'information préalable des répondants sur le VHC s'avère assez vague. Certains d'entre eux disent avoir retenu les messages d'alerte diffusés dans les lieux communautaires<sup>19</sup>, sans guère aller plus loin en termes de connaissance des modes de transmission et de la nature du risque, puisque, en quelque sorte, *la question ne se pose pas*. En tout état de cause, et comme nous l'avons vu précédemment, l'information spécifique destinée aux homosexuels propose des messages multiples et ambigus, sinon contradictoires, qui traduisent les incertitudes scientifiques sur la transmission sexuelle du VHC, parfois classé parmi les IST, mais le plus souvent exclu de cette catégorie.

Face à ces incertitudes, certains hommes se tournent aussi vers des sources d'information profanes, notamment dans leur entourage. Au final, il subsiste un doute persistant sur les modes de transmission du VHC, parfois entretenu par les discours experts (des médecins, de l'hôpital).

Un dernier point, et non des moindres, vient éclairer la sensation de n'être pas concerné par l'hépatite C : il s'agit de la mise à distance avec la « figure du toxicomane », qui peut apparaître paradoxale, dans la mesure où la plupart de ces hommes consomment de multiples drogues, de manière plus ou moins régulière. Mais à aucun moment, au cours de leurs récits, ils ne se décrivent comme « drogués » ou « toxicomanes » ; les mots « addiction » ou « dépendance » ne sont pas employés non plus. Cette consommation de drogues variées et de produits améliorant les performances sexuelles est présentée comme « récréative », « pour le plaisir », « maîtrisée » et « contrôlée ». Dans leurs représentations, ces hommes *ne font pas partie* de l'univers de la toxicomanie, auquel ils rattachent le VHC : celui-ci *ne peut donc pas* les concerner directement, *a priori*.

## **5.6 Prise en charge de l'hépatite aiguë C**

Après le diagnostic et l'annonce de l'hépatite C, différentes configurations coexistent dans l'échantillon HEPAIG-quali : soit la prise en charge est assurée par le médecin en charge de l'infection à VIH, soit elle est confiée à un hépatologue consulté pour la circonstance, avec parfois la participation du médecin généraliste habituel.

Les récits des interviewés reflètent leurs perceptions de cette prise en charge, en notant toutefois que les situations évoquées et la manière de les décrire dépendent étroitement du moment des entretiens dans le parcours de soin, des prescriptions médicales et des décisions des patients eux-mêmes. Ces perceptions de la prise en charge mettent en jeu plusieurs dimensions :

- la prise en charge médicale ;
- les soins assurés par l'entourage (conjoint, amis, famille) ;
- le cadre social (travail, vie sociale) ;
- l'intimité (sexualité, affectivité) ;
- les projections personnelles (santé, sexualité).

---

<sup>19</sup> Une affiche destinée aux gais séropositifs alertant sur le risque de transmission du VHC a notamment été diffusée en 2008 par le SNEG-prévention et l'INPES.

La prise en charge médicale repose sur un socle solide, celui du spécialiste VIH et du médecin généraliste, auquel s'ajoute le plus souvent l'intervention d'un hépatologue et éventuellement d'autres intervenants (psychiatre, psychologue, par exemple). Les répondants sont des experts du fonctionnement hospitalier et plus généralement du système de santé, qu'ils connaissent bien et parfois depuis très longtemps dans le contexte de leur infection à VIH. Ils savent comment obtenir ce dont ils ont besoin et leur perception globale de la prise en charge médicale de l'hépatite C se traduit par une satisfaction marquée et une grande confiance. Ils estiment que les professionnels de santé sont très compétents, disponibles et ouverts au dialogue. Une telle satisfaction n'empêche pas d'émettre des critiques ici ou là, lorsque le service offert ne leur paraît pas à la hauteur de ce qu'ils attendent.

La perception du *care* et des soins assurés par l'entourage est toute autre. L'hépatite C est perçue comme une maladie « honteuse » et peu de répondants en parlent à leurs amis, leur famille ou leurs partenaires sexuels. Seul le compagnon de vie, lorsqu'il existe, s'avère une source d'aide et de soutien. Globalement, ce sont les notions de secret, d'isolement et de difficultés qui dominent. S'y ajoutent souvent des sentiments de « culpabilité » et de « responsabilité » qui peuvent expliquer en partie la dimension honteuse ressentie à propos de l'hépatite, déjà décrite dans la littérature<sup>20</sup>.

Le cadre social ressort également comme étant problématique. La question du travail apparaît comme centrale, notamment au cours du traitement de l'hépatite C, d'autant que la vie sociale et relationnelle est vécue sur le mode du repli sur soi. Continuer à travailler, même à temps partiel (mi-temps thérapeutique), c'est donc maintenir un lien social essentiel, dans un contexte où le quotidien est ressenti comme profondément perturbé. Janine Pierret avait déjà souligné la place centrale du travail dans la vie et dans l'équilibre des personnes séropositives<sup>21</sup>. À l'ère des multithérapies, ces hommes ne sont pas ou plus « handicapés » par l'infection à VIH et ils mènent une vie qu'ils décrivent comme « normale ». Le vécu de l'hépatite aiguë C les place (ou, pour certains, les replace) dans une condition « précaire », notamment en regard de l'activité professionnelle. Il n'est donc pas étonnant que l'obligation d'observer un arrêt de travail soit vécue comme une « incapacité » angoissante.

Les répondants ressentent aussi une atteinte à leur intimité sous deux formes : l'arrêt de l'activité sexuelle et les difficultés relationnelles. Ces effets sont essentiellement liés au traitement de l'hépatite, qui éteint la libido et modifie l'humeur.

Enfin, le vécu de l'hépatite s'accompagne de projections personnelles portant à la fois sur la santé et la sexualité. L'effet à long terme du VHC sur la santé, qui plus est dans le contexte de l'infection à VIH, pose question. Plusieurs répondants font d'ailleurs spontanément le rapprochement dans leur histoire personnelle : « Pour l'instant, j'ai l'impression de retrouver les angoisses que j'avais il y a quinze ans quand j'ai commencé... Enfin, du VIH, avant les traitements. [...] la libido, elle est revenue très vite, mais non, c'est la peur d'une nouvelle contamination, voilà ! » (Jean, 35 ans). L'avenir de la sexualité pose également question en regard des pratiques perçues comme étant à risque de transmission du VHC (et des IST). Certains s'interrogent sur leur capacité à modifier leurs comportements, d'autres prennent des résolutions plus affirmées, qu'ils ne sont cependant jamais sûrs de mettre en pratique.

Pour résumer, bien que ces hommes se montrent optimistes et confiants dans le système de soins, qu'ils savent parfaitement utiliser, ils ressentent et vivent l'hépatite C comme une épreuve physique, psychologique et sociale, qui ravive l'expérience liée au VIH et questionne à long terme leur santé et leur sexualité. Dans ce qui équivaut à

---

<sup>20</sup> Owen G., « An 'elephant in the room'? Stigma and hepatitis C transmission among HIV-positive 'serosorting' gay men », *Culture, Health & Sexuality* 2008; 10(6): 601-610.

<sup>21</sup> Pierret J., *Vivre avec le VIH*, Paris, PUF, 2006, p. 100-102.

une crise, les dimensions du soin et du *care* sont très contrastées. Trois indicateurs s'avèrent intéressants pour évaluer empiriquement le « bien-être » de ces patients, notamment au cours du traitement de l'hépatite C : l'implication de l'entourage, la situation vis-à-vis du travail et la vie sociale.

### **5.7 Traitement de l'hépatite aiguë C**

L'attitude du corps médical s'avère très variable en regard de l'intention de traiter, soit immédiate, soit décalée dans le temps. Cette variabilité ne semble pas dépendre uniquement de la situation clinique ou de l'ancienneté supposée de l'infection à VHC, mais aussi d'attitudes différentes selon les praticiens. Ainsi, certains médecins proposent un « temps d'observation » plus ou moins long (entre 3 et 6 mois) dans l'hypothèse d'une guérison virologique spontanée, tandis que d'autres prescrivent un traitement à très court terme<sup>22</sup>.

Les situations en regard du traitement sont diverses : 6 répondants ont évolué vers une guérison spontanée, 2 ont refusé le traitement et 23 ont initié une bithérapie interféron/ribavirine, proposée dans la plupart des cas pour une durée initiale de six mois (voire plus). Quelle que soit la situation des répondants au moment du diagnostic de l'hépatite C, l'hypothèse d'un traitement à venir est vécue avec beaucoup d'appréhension. Ils se sont en effet informés rapidement, auprès du corps médical, ou d'amis, ou de partenaires ayant déjà expérimenté un tel traitement, ou encore sur Internet, et ils en appréhendent assez clairement la durée, la lourdeur et la pénibilité potentielle. Aussi, la configuration de guérison spontanée est-elle vécue avec un immense soulagement. C'est également cette appréhension, ou du moins l'évitement d'une épreuve annoncée, qui a conduit deux répondants à refuser le traitement (ou à le repousser dans le temps).

Pour les patients ayant accepté la prescription d'un traitement de l'hépatite aiguë C, celui-ci est décrit comme étant « pénible », avec toutefois de grandes variations selon les individus, ce qui ne les empêche de se montrer extrêmement observants et très optimistes quant à leurs chances de succès. Aucun répondant n'a abandonné le suivi thérapeutique ; les trois cas d'interruption relèvent d'une décision médicale, en raison d'effets secondaires particulièrement intenses.

Les effets indésirables les plus couramment décrits sont la fatigue, voire l'épuisement, les modifications de l'humeur, la sensation de déprime et l'absence de libido. Comme on l'a vu précédemment, ces effets influent de manière variable sur la vie sociale, entraînant dans certains cas un arrêt de travail et une tendance à l'isolement et au repli sur soi. Néanmoins, beaucoup de répondants expriment leur « endurance » au traitement, une attitude qui apparaît liée au genre et à la construction du masculin : ne pas se plaindre, résister à la douleur et aux atteintes corporelles.

### **5.8 Sexualité et santé : des choix personnels**

La grande homogénéité de l'échantillon HEPAIG-quali sur le plan épidémiologique et comportemental masque une diversité notable en termes de parcours biographiques et de parcours de soins, dans lesquels s'inscrivent étroitement les comportements de ces hommes en matière de sexualité et de santé. Ces comportements sont le résultat d'un choix conscient de leur part, même si quelques-uns évoquent une dimension « subie », qu'ils décrivent sous la forme d'une « dépendance » ou d'une « addiction » au sexe (des termes, comme on l'a vu, qui *ne sont pas employés* lorsqu'il s'agit de consommation de drogues).

Dans leur grande majorité, les répondants ne rapportent pas de telle sensation de « dépendance », mais ces choix qu'ils opèrent en matière de sexualité et de santé sont mis en œuvre dans des contextes très divers. Lorsque les individus sont en couple, le conjoint participe parfois à cette activité sexuelle ; dans d'autres cas, il n'y prend aucune part, voire l'ignore.

---

<sup>22</sup> À titre indicatif, l'intervalle médian diagnostic-traitement est de 85 jours [10-238 j].

Le choix d'une sexualité non protégée (pénétration anale sans préservatif, *fist* sans gant) ne présente pas de caractère systématique, ni même régulier, mais il est présenté comme préférentiel. Il n'empêche pas l'utilisation éventuelle de moyens de protection lorsque la situation l'impose à leurs yeux (notamment lorsque le statut sérologique VIH perçu ou connu du ou des partenaires est négatif).

Ces hommes adoptent pour la plupart une attitude de séroadaptation<sup>23</sup>, même s'ils n'en explicitent pas toujours clairement la démarche. Le choix de partenaires séropositifs constitue la procédure de réduction des risques de transmission du VIH la plus évidente, sans être systématique dans l'échantillon. D'autres procédures sont possibles, telles que le choix des pratiques sexuelles en fonction du statut sérologique des partenaires. Ces procédures n'invalident pas le risque relatif aux autres IST ; ces hommes en sont conscients et en ont fait pour la plupart l'expérience (syphilis, LGV...). Mais ils relativisent ce risque, comme une conséquence inhérente à leur sexualité, et l'assument dans la mesure où ces infections sont curables. On peut ajouter ici que le risque de santé associé à la consommation de drogues est également relativisé et assumé, d'autant plus que la dimension d'une possible dépendance fait l'objet d'un déni quasi unanime. Les possibles interactions de ces molécules avec les médicaments prescrits (principalement les antirétroviraux) sont également très peu questionnées, et donc largement ignorées. Seules quelques précautions liées à l'usage de certains produits sont connues et observées (incompatibilité entre GHB/GBL et alcool, entre nitrites et Viagra®).

Les motivations qui sous-tendent individuellement l'abandon des recommandations de prévention – et l'usage de drogues associées à l'activité sexuelle – relèvent essentiellement d'arguments se rapportant à la recherche du plaisir (intensité, durée) et à la notion de liberté individuelle<sup>24</sup>. Elles renvoient à ce que plusieurs auteurs ont décrit comme un registre culturel gai particulier, celui de « l'hypersexualité récréative », qui « comprend une matrice de comportements sexuels et sociaux fréquents : la fête, le sexe, la multiplicité consécutive ou simultanée des partenaires sexuels, l'usage de drogue, le nomadisme sexuel et les relations anales non protégées ». Ce registre « implique la construction active de distraction et de dissociation [et] permet aux acteurs de maximiser leur potentiel de vivre des moments intenses d'immersion corporelle. »<sup>25</sup> Une certaine dimension transgressive n'est pas à écarter, mais elle n'est qu'exceptionnellement exprimée, et jamais au premier rang des motivations exprimées<sup>26</sup>.

En revanche, certains répondants présentent aussi cette forme de sexualité comme un espace qui permet de se soustraire à la préoccupation de la séropositivité, que viennent rappeler chaque jour les médicaments, et plus généralement au stress et aux contraintes du quotidien (notamment liés à la vie professionnelle, à la pression du secret sur la vie privée, la sexualité, la séropositivité etc.). Cette dimension *d'échappement* que revêt cette forme de sexualité présentée comme un espace de liberté contribue sans doute à relativiser les dommages potentiels pour la santé qui y sont associés.

---

<sup>23</sup> Jablonski O. et Le Talec J.-Y. « Seroadaptation instead of serosorting : a broader concept and a more precise process model » (poster), *XVII<sup>e</sup> Aids Conference*, Mexico, Mexique, 3-8 août 2008.

<sup>24</sup> Le Talec J.-Y. « *Bareback* et construction sociale du risque VIH chez les hommes gais », in M. Bozon et V. Doré (dir.) *Sexualité, relations et prévention du VIH/sida chez les homosexuels masculins : nouveaux enjeux, nouvelles recherches, nouvelles actions*, Paris, ANRS, 2007, pp. 71-86.

<sup>25</sup> Hurley, M., « VIH, santé sexuelle et cultures gaies contemporaines », in Jablonski O., Le Talec J.-Y. et Sidéris G. (dir.), *Santé gaie*, Paris, Éditions Peppers et l'Harmattan, 2010, p. 117-142.

<sup>26</sup> Le Talec J.-Y. « Le bareback : affirmation identitaire et transgression », in C. Broqua, F. Lert et Y. Souteyrand (dir.), *Homosexualités au temps du sida. Affirmation sociale et tensions identitaires*, Paris, Éditions ANRS / CRIPS, coll. Sciences sociales et sida, 2003, pp. 221-244.

Cependant, la survenue de l'hépatite aiguë C vient (re)questionner l'ensemble des choix opérés en matière de sexualité et de consommation de drogues. Parce que c'est une infection grave, certes curable, mais dont le traitement est long et pénible, et parce que ses conséquences à long terme peuvent être très péjoratives, les répondants s'interrogent pour la plupart sur l'éventualité de modifier leurs comportements. Ils restent toutefois peu nombreux à envisager un retour vers des pratiques plus *safe*, mais ils considèrent dans l'ensemble l'éventualité de mieux réduire les risques, soit en diminuant leur activité sexuelle, soit en renforçant les procédures de séroadaptation. Ils ont toutefois conscience que ces mesures ne les mettent pas à l'abri des IST, ni de l'éventualité d'une autre contamination par le VHC.

Les entretiens font également l'objet d'une lecture conduite par Françoise Linard, psychiatre (Hôpital Tenon, APHP, Paris), dont les analyses sont confrontées à celles menées par le sociologue Jean-Yves Le Talec<sup>27</sup>. Ce regard « bi-disciplinaire » fera l'objet de publications spécifiques.

### **5.9 Premières conclusions du volet HEPAIG-quali**

En approfondissant les données épidémiologiques et socio-comportementales de l'étude HEPAIG, le volet qualitatif permet de mieux décrire cet échantillon d'hommes gais séropositifs, atteints d'une hépatite aiguë C. Malgré une grande homogénéité épidémiologique et socio-comportementale, ces hommes gais séropositifs au VIH présentent une grande diversité du point de vue de leurs parcours biographique et de santé. Leurs traits communs les rapprochent d'une subculture de « l'hypersexualité récréative » : tous sont en effet sexuellement actifs, multipartenaires et pratiquent la pénétration passive et/ou le *fist* non protégés plus ou moins régulièrement (*bareback*). La plupart d'entre eux consomment diverses drogues et produits améliorant les performances sexuelles. Beaucoup privilégient des relations avec d'autres séropositifs et/ou mettent en œuvre des procédures de réduction des risques sexuels (séroadaptation). Leur perception du risque de transmission sexuelle du VHC se caractérise par les points suivants :

- Avant le diagnostic, le risque était plus ou moins connu, mais restait assez imprécis. Le sang, en tant que vecteur de transmission du VHC, n'est pas spontanément associé à la sexualité ;
- Le diagnostic et son annonce, rarement accompagnés de symptômes, suscitent en général de la surprise ;
- Les campagnes d'alerte et d'information sur le VHC ont un effet limité ; le classement ou non de l'hépatite C parmi les IST, selon les documents, peut contribuer à entretenir les doutes sur le mode de transmission du VHC ;
- L'association habituelle de l'hépatite C à la toxicomanie pose problème aux hommes de l'échantillon et suscite une réaction de « mise à distance ».

En guise d'explication, chaque répondant évoque *a posteriori* au moins deux circonstances *possibles* associées à la transmission du VHC :

- Pratiques sexuelles non protégées (pénétrations, fist)
- Partenaire infecté par le VHC
- Présence de sang lors des pratiques sexuelles
- Échange de pailles lors de consommation de cocaïne
- Autres explications (IST, intervention chirurgicale, coiffeur...)

---

<sup>27</sup> Parmi les éléments déjà communiqués : Linard F., « Troubles psychiatriques et traitement de l'hépatite C par Interféron », présentation au Comité de pilotage de l'étude HEPAIG, juin 2008, non publié ; Le Talec J.-Y. et Linard F. « "Plaisirs chimiques" : l'usage de drogues récréatives chez les homosexuels, regards croisés sur l'enquête HEPAIG-quali », conférence « Drogues à usage festif », Janssen-Cilag, Paris, 24 novembre 2009.

L'hépatite aiguë C et son traitement sont vécus comme une épreuve physique, psychologique et sociale, qui ravive l'expérience du VIH et questionnent sur les choix opérés en matière de sexualité et de santé.

La prise en charge présente deux dimensions très contrastées : celle des soins médicaux (marquée par la satisfaction, la confiance) et celle du *care* (marquée par l'isolement social, le repli sur soi). Le « bien-être » des patients en traitement dépend largement de l'implication de l'entourage, de la situation vis-à-vis du travail et de la vie sociale.

Enfin, ces hommes se montrent profondément optimistes et extrêmement confiants dans la technologie chimique et médicale, qu'ils savent utiliser de manière quasi experte.

Malgré l'épisode récent d'hépatite aiguë C, ils n'ont pour la plupart pas l'intention de modifier radicalement leur comportement sexuel, mais s'avèrent sensibles à la possibilité de réduire le risque (sexuel ou lié à l'usage de drogues).

## **6. Résultats : volet clinique rétrospectif**

L'hépatite aiguë C reste une préoccupation chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) et sa gestion optimale reste à établir. Les données cliniques et biologiques relatives à 53 hommes inclus dans l'étude HEPAIG ont été rétrospectivement collectées et analysées (Lionel Piroth, CHU de Dijon)<sup>28</sup> :

« La charge virale moyenne au moment du diagnostic était de  $5,8 \pm 1,1 \log_{10}$  UI/ml (VHC gen. 4 = 28 ; gen. 1 = 14 ; gen. 3 = 7). Les taux cumulés d'élimination spontanée du VHC étaient de 11,0 % à trois mois, et de 16,5 % à six mois après le diagnostic. Quarante patients ont été traités, dont trente-huit à l'aide de ribavirine et d'interféron pégylé. La durée moyenne de ce traitement était de  $39 \pm 17$  semaines ( $24 \pm 4$  semaines dans 14 cas).

« Sous traitement, 18 patients sur 36 (50,0 %, CI95 = 34,3-65,7 %) présentaient un ARN du VHC indétectable à la quatrième semaine (réponse virologique rapide ou RVR) et 31 sur 38 (81,6 %, CI95 = 69,4-93,7 %) ont atteint une réponse virologique durable (SVR).

« La réponse durable (SVR) n'est pas associée aux caractéristiques des patients ou de l'infection par le VHC (comme par exemple le génotype), mais à la RVR (valeur prédictive positive de 94,4 %) et à la durée effective du traitement (64,3 % pour une durée de  $24 \pm 4$  semaines *versus* 91,7 % pour une durée plus longue,  $p=0,04$ ).

« En conclusion, le taux modéré de guérison spontanée et le taux élevé de réponse virologique précoce plaide en faveur de l'instauration d'un traitement dans la foulée du diagnostic d'une hépatite aiguë C chez les HSH séropositifs pour le VIH. L'interféron pégylé et la ribavirine semblent être la meilleure option. La durée du traitement devrait être modulée en fonction de la RVR: 24 semaines pour les patients présentant une RVR et 48 semaines pour les autres, indépendamment du génotype. »

---

<sup>28</sup> Piroth L. *et al.*, « Treatment of acute hepatitis C in HIV infected patient: the HEPAIG study », à paraître.

## **7. Conclusion**

L'étude HEPAIG a permis :

- d'estimer l'incidence du VHC dans la population des homosexuels masculins séropositifs (VIH+) et de connaître les génotypes impliqués ;
- de décrire les facteurs de risque associés à la transmission sexuelle du VHC.

Le volet HEPAIG-quali apporte une meilleure connaissance des pratiques et des représentations d'un groupe d'hommes ayant répondu à des entretiens successifs, en tenant compte de la diversité de leurs parcours biographiques et de santé.

Le volet clinique rétrospectif permet enfin de préciser les modalités et les chances de réussite du traitement, en fonction de la réponse virologique observée.

En s'appuyant sur les résultats de l'étude HEPAIG, l'INPES a élaboré un document d'information et de prévention de la transmission du VHC lors de relations sexuelles entre hommes. Ce document, intitulé *Sexe entre hommes et hépatite C, ce qu'il faut savoir*, est diffusé depuis le 1<sup>er</sup> juin 2010 et consultable sur le site de l'association Hépatites Info Service<sup>29</sup>.

---

<sup>29</sup> URL : <http://www.hepatites-info-service.org/?article420>

**Communications sur l'étude HEPAIG/HEPAIG-quali**

**Ces communications peuvent être consultées sur le site <http://hepaig.free.fr>**

**Étude HEPAIG sur les hépatites aiguës C chez des homosexuels séropositifs pour le VIH, en France, en 2006 et 2007 (poster)**, C. Larsen, A. Velter, S. Pol, L. Piroth, F. Linard, J-Y. Le Talec, Y. Le Strat, J. Ghosn, A. Gervais, X. Duval, S. Dominguez, C. Pioche, M-L. Chaix, I. Aupérin, L. Alric, E. Delarocque-Astagneau, 61<sup>e</sup> Journées de l'Association française pour l'étude du foie (AFEF), Grenoble, 26-29 septembre 2007.

**Acute hepatitis C in HIV-infected men who have sex with men in France in 2006 and 2007 (poster)**, C. Larsen, L. Alric, I. Aupérin, M-L. Chaix, S. Dominguez, X. Duval, A. Gervais, J. Ghosn, F. Linard, Y. Le Strat, J-Y. Le Talec, C. Pioche, L. Piroth, S. Pol, A. Velter, E. Delarocque-Astagneau, 57<sup>e</sup> conférence de l'American association for the study of liver disease (AASLD), Boston Massachusetts, 2-6 novembre 2007.

**Epidémiologie des infections aiguës à VHC chez les homosexuels séropositifs pour le VIH, en 2006 et 2007, en France. ETUDE HEPAIG : analyse descriptive (communication)**, C. Larsen et al., Journées nationales d'infectiologie, Marseille 5 juin 2008.

**Hépatite aiguë C chez les homosexuels masculins séropositifs (VIH+). Étude HEPAIG, volet qualitatif ANRS (communication)**, J.-Y. Le Talec et F. Linard, présentation à l'AC25 de l'ANRS (Recherches en santé publique, sciences de l'homme et de la société dans le domaine des hépatites), 25 juin 2008, Paris, France.

**Acute hepatitis C in HIV-infected men who have sex with men in France in 2006 and 2007 HEPAIG study, behavioural results (poster)**, A. Velter, C. Larsen, J-Y Le Talec, F. Linard, L. Piroth, I. Aupérin, M-L Chaix, X. Duval, A. Gervais, Y. Le Strat, L. Alric, C. Pioche, J. Ghosn, S. Dominguez, S. Pol, E. Delarocque-Astagneau, XVII<sup>e</sup> International Aids Conference, Mexico, 3-8 août 2008.

**Acute hepatitis C in HIV-infected men who have sex with men in France in 2006-2007 (HEPAIG quali study, ANRS 07342): interviews with patients (poster)**, J-Y Le Talec, E. Delarocque-Astagneau, C. Larsen, F. Linard, A. Velter, XVII<sup>e</sup> International Aids Conference, Mexico, 3-8 août 2008.

**Incidence of acute hepatitis C virus infection among HIV-infected men who have sex with men in France in 2006 and 2007 (poster)**, Y. Le Strat, C. Larsen, A. Gervais, S. Pol, L. Alric, C. Pioche, X. Duval, F. Linard, A. Velter, JY. Le Talec, I. Aupérin, ML. Chaix, S. Dominguez, J. Ghosn, L. Piroth, E. Delarocque-Astagneau, 2nd European Scientific Conference on Applied Infectious Disease Epidemiology (ESCAIDE), Berlin, 19-21 novembre 2008.

**Perception du risque de transmission de l'hépatite C chez des homosexuels masculins séropositifs pour le VIH (communication)**, J.-Y. Le Talec, F. Linard, A. Velter, Journées de veille sanitaire, Paris, 26-28 novembre 2008.

**Une étude interdisciplinaire sur les hépatites aiguës C chez les homosexuels masculins séropositifs pour le VIH (communication orale)**, J.-Y. Le Talec, C. Larsen, A. Velter, E. Delarocque-Astagneau, F. Linard, séminaire de l'Institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires Santé Société (IFERISS), Toulouse, 27 février 2009.

**Un exemple de médicalisation extrême de la sexualité (communication orale)**, J.-Y. Le Talec, A. Velter, 2<sup>e</sup> Congrès de l'Association française de sociologie, Paris, 14-17 avril 2009.

**Chemical bodies: use and abuse of drugs in a specific sub-group of HIV-positive MSM diagnosed with acute hepatitis C (poster)**, J.-Y. Le Talec, A. Velter, C. Larsen, F. Linard, E. Delarocque-Astagneau, 5<sup>th</sup> European Conference on Clinical and Social Research on AIDS and Drug, Vilnius, 28-30 avril 2009.

**Perceptions de la prise en charge d'une hépatite aiguë C chez des homosexuels masculins séropositifs pour le VIH (communication orale)**, J.-Y. Le Talec, E. Delarocque-Astagneau, C. Larsen, F. Linard, A. Velter, 10<sup>èmes</sup> Journées nationales d'infectiologie, Lyon, 10-12 juin 2009.

**Comment les homosexuels séropositifs pour le VIH vivent-ils une hépatite aiguë C ? Aspects sociologiques de la prise en charge (communication orale)**, J.-Y. Le Talec, Association française pour l'étude du foie (AFEF), Paris, 30 septembre-3 octobre 2009.

**Plaisirs chimiques : l'usage de drogues récréatives chez les homosexuels. Regards croisés sur l'enquête HEPAIG-quali (communication orale)**, J.-Y. Le Talec et F. Linard, Soirée d'information médicale Janssen-Cilag, Paris, 24 novembre 2009.