TRANSCRIPTASE
Revue critique
de l'actualité scientifique internationale
sur le VIH
et les virus des hépatites

n°83 - mai 2000

CONFERENCE D'AMSTERDAM

Transmission orogénitale du VIH : les avatars du "faible risque"

Christophe Broqua
Centre d'Ethnologie Française - Musée National des Arts et Traditions Populaires (Paris)
Fabrice Clouzeau
coordinateur des activités internationales de Sida Info Service (Paris)

Si les modes de transmission du VIH sont connus de longue date, les risques associés aux pratiques orogénitales font encore l'objet d'importants doutes.

Le communiqué de presse

"Rien de nouveau sur le sexe oral"

"Les experts européens réunis à Amsterdam ont conclu de leurs débats que la récente attention des médias pour le risque de transmission orogénitale du VIH est trompeuse et contre-productive.
Les chercheurs européens et les acteurs de prévention du sida réunis à l'occasion de la 3e conférence européenne sur le VIH/sida ont évalué une étude américaine sur les risques de transmission orogénitale du VIH récemment rendue publique. Cette étude montre que parmi 102 homosexuels masculins récemment contaminés, 8 pourraient l'avoir été par transmission orogénitale, les auteurs suggérant une remise en cause des stratégies de prévention sur le sujet.
A l'inverse, les experts européens ont conclu que cette recherche n'apportait pas d'information nouvelle. Ses résultats sont identiques à ceux d'autres recherches menées au cours des dix dernières années. Il est évident que la pénétration anale non protégée est la principale voie de transmission du VIH chez les homosexuels masculins. Bien que le sexe oral ne puisse être considéré comme entièrement " safe ", le risque est presque totalement éliminé s'il n'y a pas d'éjaculation dans la bouche.
Par conséquent, les experts européens ont conclu que les stratégies de prévention telles qu'elles sont menées en Europe sont toujours valables et opérantes, et que cette étude américaine ne peut en aucun cas prétendre à leur remise en cause."

Si les modes de transmission du VIH sont connus de longue date, les risques associés aux pratiques orogénitales font encore l'objet d'importants doutes.

Bien que les enquêtes sur la sexualité montrent que, chez les homosexuels comme chez les hétérosexuels, les rapports bucco-génitaux ne sont presque jamais protégés, nombreux sont ceux qui s'interrogent sur les risques qui leur sont liés. Parmi les principaux motifs d'appels à Sida Info Service, les questions sur les risques associés à la sexualité orogénitale occupent la troisième position (16% des appels), après les demandes de coordonnées de CDAG et les questions relatives aux délais de séroconversion. Cette sollicitation massive concerne l'ensemble des lignes d'écoute téléphonique sur le sida en Europe, qui ont été conduites à définir des réponses à la fois homogènes et adaptées aux situations individuelles (1).

Dans l'espace public, le débat resurgit de manière récurrente, sans jamais trouver de réponse tranchée ni définitive. Ainsi, début février 2000, la presse s'est fait l'écho dans plusieurs pays européens d'une étude présentée en poster lors de la 7e conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes (San Francisco), documentant de nouveaux cas de contamination par voie orogénitale (2). En France, l'information a été relayée tant par la presse généraliste (*Libération*) que par la presse spécialisée - médicale (*Quotidien du médecin*) ou homosexuelle (*Têtu* et *Illico*). Face à la diffusion médiatique de ces informations, les organisateurs de la conférence d'Amsterdam ont proposé un débat sur les résultats de la recherche et les leçons qu'il convenait ou non d'en tirer. L'annonce de cette session intitulée " Oral transmission : New findings ? New consequences ? " proposait trois objectifs : présenter les résultats de l'étude, débattre des conséquences éventuelles pour la prévention (et de la façon dont ces informations avaient été relayées par les médias), envisager la possibilité d'un consensus européen sur les stratégies de prévention à propos de la " sexualité orale ".

Les résultats de l'étude de San Francisco

En l'absence des auteurs américains, c'est l'organisateur de la conférence, Theo Sandfort (Amsterdam), qui a présenté les résultats de la recherche (3). Cette étude rétrospective portait sur 102 homosexuels masculins issus d'une cohorte de personnes primo-infectées depuis moins de 12 mois (Options Project). Chacun a tout d'abord répondu à un questionnaire renseignant notamment sur les situations d'exposition au risque antérieures à la contamination, puis a été soumis à différents entretiens au cours desquels ces questions étaient approfondies. Lorsque cela était possible, les partenaires étaient également interrogés. Au cours de la première phase, 83 hommes ont déclaré des pénétrations anales non protégées. Parmi les 19 restant, il a été établi à la suite des entretiens que 8 n'avaient probablement pas été contaminés par voie orogénitale ; 3 autres n'ont pu être classés par manque d'information. La transmission orogénitale restait donc possible pour 8 hommes (et " probable " - selon la qualification des auteurs - dans un cas uniquement, où seules des pratiques bucco-génitales ont été déclarées, avec confirmation du partenaire). Les auteurs suggèrent en conclusion de réexaminer les stratégies de prévention.

Afin de relativiser le caractère inédit de ces résultats, l'épidémiologiste Rael Coutinho (Amsterdam) a ensuite présenté ceux, fort comparables, d'une étude publiée en 1992 (4), réalisée à partir d'une cohorte de 968 homosexuels âgés de 18 à 65 ans et recrutés entre octobre 1984 et décembre 1986. Sur les 757 hommes séronégatifs au moment du recrutement, 102 ont

été contaminés par la suite. Dans un questionnaire écrit, 20 sur les 102 ne déclaraient aucune pénétration anale réceptive au cours des 6 mois précédant la séroconversion. Les informations livrées par 11 hommes sur les 20 ont été jugées contradictoires : 5 de ceux n'ayant déclaré aucune pénétration anale et 6 de ceux ayant déclaré des pénétrations anales insertives uniquement, ont déclaré au cours d'entretiens ultérieurs des pénétrations anales réceptives. Les 9 restant ont tous déclaré des pratiques orogénitales réceptives et insertives pendant les 6 mois précédant la séroconversion. Au final, les auteurs concluent que 4 hommes ont pu être contaminés par voie orogénitale et 5 autres par pénétration anale insertive ou par voie orogénitale. Ils soulignent cependant les difficultés méthodologiques posées par l'étude de la transmission orogénitale, qu'ils illustrent par les contradictions apparues entre les réponses aux questionnaires et les discours recueillis lors des entretiens.

La discussion a donc tout d'abord porté sur la validité de ces résultats. Les doutes émis par certains sur la fiabilité des réponses apportées par les homosexuels interrogés renvoient aux limites irréductibles des méthodes fondées sur le déclaratif dans les enquêtes sur la sexualité. Peu d'homosexuels ignorent que la pénétration anale non protégée est la pratique la plus risquée pour la transmission du VIH ; il y a donc lieu de penser qu'elle fait l'objet d'une sous-déclaration dans les enquêtes. Une étude qualitative réalisée en France en 1996 auprès de répondants à l'" enquête presse gaie " avait fait apparaître des déclarations parfois fort discordantes entre les questionnaires et les entretiens : chez plusieurs sujets, les pénétrations anales non protégées déclarées dans les réponses aux questionnaires étaient niées lors des entretiens (5).

A l'inverse, dans les deux études présentées à Amsterdam, les entretiens ont permis de découvrir des pénétrations anales non protégées chez certains de ceux qui n'en avaient pas déclaré dans le questionnaire. Dans les trois cas cependant, les différences de résultats entre questionnaires et entretiens illustrent l'immense difficulté à évaluer les situations objectives d'exposition au risque à partir du discours des personnes interrogées. C'est toute la complexité d'une évaluation scientifique des risques de transmission orogénitale, qui ne peut se fonder que sur la déclaration des pratiques et non sur la base des pratiques " réelles ".

Des messages homogènes ?

Dans un second temps, les représentants de plusieurs pays d'Europe du Nord (Pays-Bas, Allemagne, Suisse, Royaume-Uni, Suède, Danemark) ont été invités à décrire le message dominant dans leur pays sur les risques liés à la fellation. A cette occasion est apparue une certaine uniformité : tous ont fait état d'un message ne recommandant par le préservatif mais proscrivant l'éjaculation dans la bouche. L'impression de grande homogénéité émanant des présentations n'est pas sans poser question. Tout d'abord, on sait que les variations dans le message abondent, aussi bien entre les différents pays qu'au sein de chaque pays. Pourtant, ces présentations n'ont pas souligné la variété des messages diffusés, selon les supports, les émetteurs, les publics ciblés, etc. Par ailleurs, elles n'ont pas tenu compte de la perméabilité des frontières aux messages de prévention : nombreux sont pourtant les exemples de documents produits dans tel pays et diffusés ou fidèlement reproduits dans tel autre.

En revanche, il a été souligné au cours du débat que le fait de parler en général du risque de transmission orogénitale homogénéise implicitement des pratiques qui, dans la réalité, sont plurielles et, de surcroît, ne présentent pas toutes le même risque de transmission. Celui-ci varie selon la nature des pratiques (fellation ou cunilingus, avec ou sans éjaculation dans la bouche, etc.), le " rôle " dans le rapport sexuel (réceptif ou insertif), la fréquence des rapports, la prévalence dans la population concernée, ou d'autres facteurs de risque tels que les lésions des muqueuses, le niveau de la charge virale, etc. A ce sujet, certains intervenants ont reproché à l'étude américaine son imprécision sur les pratiques : elle n'indique pas si les fellations déclarées sont réceptives ou insertives, ni s'il y a eu éjaculation dans la bouche. Une fois de plus, la nécessaire adaptation et déclinaison du message selon les pratiques, l'histoire des personnes et l'environnement socioculturel s'est révélée au grand jour, soulignant aussi l'importance d'outils individuels d'expression et de diffusion de l'information tels que l'écoute téléphonique.

Par ailleurs, les débats ont fait apparaître la dimension " politique " des messages de prévention et la différence qui sépare à ce niveau les Etats-Unis de l'Europe. Brenda Spencer (Lausanne) a rappelé qu'une des recommandations du Center for Diseases Control (Atlanta) consiste à prôner l'abstinence comme un des moyens de pratiquer le " safe sex ", soulignant au passage que l'abstinence apparaît ainsi pour les autorités sanitaires américaines comme une forme de sexualité ! Aux Etats-Unis, l'objectif du " risque zéro " conditionne encore les stratégies de prévention - notamment auprès des gays -, qui tendent vers la préconisation d'une protection maximale (" safe sex "). En Europe, la prévention se fonde davantage sur une hiérarchisation des risques, certains pays ayant explicitement formulé, dans une perspective de moindre risque (" safer sex "), des messages en direction des gays invitant à abandonner la pénétration anale au profit de la fellation. Les conclusions de l'étude présentée à San Francisco doivent donc être lues à la lumière d'un contexte culturel et politique faisant peser sur la sexualité un certain nombre de contraintes.

L'approche " européenne " de la prévention a trouvé son expression dans le retournement de situation qui s'est produit dans le débat, lorsqu'un chercheur allemand est intervenu en disant que l'étude américaine n'apportait aucune information nouvelle et ne remettait donc pas en cause les stratégies de prévention élaborées tant bien que mal depuis une quinzaine d'années en Europe. Il précisait en outre qu'il valait mieux s'en prendre au discours alarmiste de certains médias. Un consensus s'est alors rapidement dégagé et le débat s'est orienté vers un projet de communiqué de presse visant à souligner que les " experts européens " réunis ne voyaient aucune raison de revenir sur les principes qui conditionnent depuis de nombreuses années leurs pratiques de prévention (voir encadré).

Consensus apparent

Au total, cette session aura clairement illustré la volonté générale des organisateurs de la conférence d'établir un pont entre les résultats de la recherche et l'élaboration des stratégies de prévention. La prégnance de cet objectif s'est manifestée dans l'intention affichée par les acteurs de prévention d'adapter leurs pratiques en fonction des nouveaux résultats de la recherche. Mais, au travers de ce débat aux allures de " happening ", on a pu

mesurer aussi combien cette opération de traduction s'avère complexe, voire impossible, notamment en raison d'une apparente - et paradoxale ? - résistance au changement. Le revirement qui, d'une remise en cause des stratégies de prévention, a fait basculer le débat vers un consensus, traduit peut-être une relative homogénéité de la prévention en Europe, mais il révèle surtout la fonction de réassurance qu'a pu remplir cette session. En effet, ce consensus apparent ne masque-t-il pas la crainte des acteurs de prévention de remettre en question leurs pratiques et la validité de leurs actions ? Ne souligne-t-il pas leur demande de réassurance quant au bien fondé de leur démarche et de leurs partis pris ? D'autant que la modification des stratégies de prévention suppose aussi une remise en question personnelle de l'acteur de prévention ou du chercheur. Il ne s'agit plus seulement ici du message, mais également du " messager ", de ce qu'il est, et de ce que sont ses pratiques. En somme, en parlant des pratiques sexuelles des autres, c'est d'abord ses propres pratiques que l'on doit interroger.

Différents éléments permettent aujourd'hui de penser que la transmission orogénitale du VIH n'est pas un mythe, même si elle ne peut être considérée comme un risque important : les études épidémiologiques - anciennes ou récentes - qui documentent les cas " probables ", les témoignages de cliniciens spécialisés dans le suivi de personnes séropositives dont certaines affirment avoir été contaminées ainsi, ou encore, dans un autre registre, une étude récente en virologie, réalisée *in vitro*, montrant que la transmission orale par le liquide séminal ou par le lait est possible après inactivation hypotonique de la salive (6). Parce qu'elle se heurte inévitablement à un sentiment d'incertitude, la gestion du " faible risque " reste un défi à relever pour la prévention, même si certains outils - tels que l'écoute téléphonique - restent opérants, en ce qu'ils favorisent l'expression personnelle et sont attentifs aux situations individuelles. Le choix de protéger ou non les rapports bucco-génitaux revient alors à l'appréciation de chacun, en fonction de l'évaluation subjective de la situation et de la hiérarchie établie entre les différents risques pouvant être rencontrés (sexuels, relationnels, affectifs, etc.). Peter Keogh (Londres) ne disait pas autre chose lorsqu'il déclarait au cours du débat : " les gays n'ont pas à prendre moins de risques, ils doivent prendre de meilleurs risques ". - Christophe Broqua, Fabrice Clouzeau

---

1 - Terribas Perez I
" Sexualité bucco-génitale et conseils par téléphone : risque de malentendu ". Enable : newsletter of the European Network of AIDS Helplines, janvier 2000, 3, 8-9.
2 - Dillon B, Hecht F, Swanson M et al.
" Primary HIV infection associated with oral transmission ". 7th Conference on Retrovirus and Opportunistic Infections, San Francisco, février 2000. Pour obtenir le texte du poster ou plus d'informations : rhecht@php.ucsf.edu
3 - Les résultats livrés respectivement dans l'abstract et dans le poster diffèrent légèrement. Nous présentons ici le texte du poster sur la base duquel se sont déroulés les débats.
4 - Keet IPM, Albrecht van Lent N, Sandfort TGM et al.
" Orogenital sex and the transmission of HIV among homosexual men "
AIDS, 1992, 6, 223-226
5 - Laporte A
" Les homosexuels face au risque du sida : logiques individuelles d'engagement et d'évitement "
DEA de sociologie, EHESS, 1996
6 - Baron S, Poast J, Richardson CJ et al.
" Oral transmission of HIV by infected seminal fluid and milk : a novel mechanism "
J Infect Dis, 2000, 181, 498-504

Un compte-rendu de cet article paraîtra prochainement dans Transcriptase.