

Suivi de l'infection à VIH/sida en Ile-de-France

Le dépistage du VIH : constats et nouveaux enjeux face à l'épidémie

À l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le sida, et comme chaque année depuis 1999, l'Observatoire régional de santé (ORS) d'Ile-de-France réalise un état des lieux de l'épidémie de VIH/sida dans la région. Il nous a semblé intéressant que ce Bulletin soit consacré à la thématique du dépistage du VIH et des nouveaux enjeux face à l'épidémie. L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) a été associé à ce Bulletin pour présenter l'évolution de la communication nationale sur le dépistage du VIH au cours de ces deux dernières décennies.

La première partie du Bulletin, présentant les données épidémiologiques régionales, montre la poursuite de l'évolution des caractéristiques des personnes touchées par le VIH, tant à travers les données des découvertes de séropositivité qu'à travers celles sur les patients suivis pour le VIH dans les COREVIH franciliens. Les données sur ces patients montrent les progrès thérapeutiques majeurs réalisés : en 2008, 81% des patients franciliens suivis pour le VIH et traités par combinaisons de traitements antirétroviraux depuis au moins six mois ont une charge virale indétectable (< 50 copies/mL) alors que cette proportion était de 69% deux ans auparavant. Or, cet aspect est déterminant puisqu'il permet d'améliorer l'espérance de vie des patients, mais aussi parce qu'il favorise un meilleur contrôle de l'épidémie. En effet, il est désormais établi la corrélation entre le niveau de virémie plasmatique et le risque de transmission. Le recours à des moyens biomédicaux (tels que les traitements et le dépistage) comme outils de prévention, en complément des moyens comportementaux (notamment l'usage du préservatif), constitue donc un des nouveaux enjeux face à l'épidémie. Le dépistage du VIH s'intègre pleinement dans ces moyens biomédicaux.

Néanmoins, le nombre élevé et relativement constant de personnes découvrant chaque année leur séropositivité en France, la persistance dans le temps d'un retard au dépistage chez ces personnes, l'évolution des traitements et des connaissances concernant leur efficacité, tant à titre individuel que collectif, ont conduit à repenser la stratégie de dépistage du VIH en France, telle qu'elle avait été définie, en l'absence de traitements, au début de l'épidémie. La seconde partie du Bulletin de santé consacrée à la thématique présente, d'une part, les constats concernant le dépistage du VIH (l'activité de dépistage, les caractéristiques des personnes qui découvrent tardivement leur séropositivité, les comportements différenciés de recours à un test dans différentes populations), d'autre part, les nouveaux enjeux et recommandations des experts face au dépistage. Enfin, un texte rédigé par Élodie Aïna, chargée de mission communication sur le VIH/sida à l'INPES, retrace la stratégie et le contenu de la communication nationale sur le dépistage du VIH au cours de ces deux dernières décennies et les évolutions des messages dans les différentes populations cibles.

Epidémiologie du VIH/sida en Ile-de-France : principales évolutions et données départementales

Le nombre de découvertes de séropositivité cesse de diminuer en Ile-de-France entre 2007 et 2008

L'InVS a estimé à 3 098 le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité en 2008 en Ile-de-France (données corrigées du délai de déclaration et de la sous-déclaration). Ce nombre est constant par rapport à 2007 où 3 085 cas avaient été estimés. Cette stabilité rompt avec la baisse qui était observée depuis 2004 en Ile-de-France[1]. Cette même tendance est retrouvée avec les données relatives aux nouveaux cas de sida : alors que ce nombre était en baisse, 548 cas ont été estimés en 2008 dans la région contre 528 en 2007 (718 en 2006)[1]. Ces données suggèrent la nécessité de renforcer la vigilance face à l'épidémie. Néanmoins, plusieurs éléments appellent à la prudence quant à l'interprétation de cette stabilité. En effet, les chiffres sont corrigés en fonction des délais des déclarations, or la transmission parfois très irrégulière de celles-ci (comme c'est le cas dans trois départements d'Ile-de-France) rend les correctifs peu aisés. De plus, une seconde correction est effectuée tenant compte de la sous-déclaration, variable dans le temps et selon les régions ou les départements. Le taux d'exhaustivité pour la déclaration de séropositivité a été estimé par l'InVS à 71% au niveau national en 2008, en hausse par rapport à 2004 où elle était de 62%[2]. Pour la déclaration de sida, ce taux a été estimé à 66% en Ile-de-France pour la période 2004-2006, variant, pour Paris et la proche couronne, de

62% pour Paris à 77% pour les Hauts-de-Seine (71% dans le Val-de-Marne et 73% en Seine-Saint-Denis)[3]. Enfin, le nombre de découvertes de séropositivité est étroitement lié à l'évolution des comportements de recours au dépistage.

Évolution des caractéristiques des personnes touchées

Les caractéristiques des personnes qui, chaque année, découvrent leur séropositivité ont changé entre 2003 et 2009[4]. Tout d'abord, la part des Franciliens a diminué : en 2003, 46% des personnes ayant découvert leur séropositivité en France étaient domiciliées en Ile-de-France, cette proportion est passée à 37% en 2009. De plus, les modes de contamination ont évolué : en Ile-de-France, 22% des personnes ayant découvert leur séropositivité en 2003 avaient été contaminées par voie homosexuelle, cette proportion est de 33% en 2009. A l'inverse, la proportion de personnes contaminées par voie hétérosexuelle a diminué, de 75% à 65%. Cette diminution n'a pas concerné les personnes de nationalité française (13% en 2003 et 14% en 2009) mais celles d'une nationalité étrangère (57% en 2003 et 45% en 2009), que ce soit les hommes ou les femmes. Globalement, en 2009, les personnes qui découvrent leur séropositivité sont à un stade moins avancé de l'infection qu'en 2003 (23% étaient au stade sida en 2003 contre 15% en 2009) mais ce constat est surtout vrai chez les hommes contaminés par voie homosexuelle.

Diversité de l'épidémie dans les différents départements

La région Ile-de-France est très touchée par l'épidémie (tab. 1). Rapporté à la population, le nombre de découvertes de séropositivité en 2008 y est quatre fois supérieur au reste du territoire national (26,5 pour 100 000 habitants contre 6,5), avec de fortes disparités départementales (de 8,0 pour 100 000 habitants dans les Yvelines à 58,8 pour 100 000 à Paris).

De plus, certaines caractéristiques diffèrent, marquant un fort contraste entre Paris et les autres départements franciliens. Ainsi, parmi les personnes qui ont découvert leur séropositivité entre 2007 et 2009, la moitié à Paris ont été contaminées par voie homosexuelle, proportion deux à trois fois moindre dans les autres départements. Par conséquent, la proportion de femmes parmi les personnes qui ont découvert leur séropositivité y est moindre (27% contre environ 40% en banlieue).

L'une des spécificités de l'épidémie en Ile-de-France est la part élevée d'étrangers chez les personnes touchées. Parmi les personnes qui ont découvert leur séropositivité entre 2007 et 2009, 57% étaient d'une nationalité étrangère (contre 31% hors Ile-de-France). Parmi les femmes, cette proportion atteint 78% (56% hors Ile-de-France). En Ile-de-France, dans 79% des cas, les personnes sont originaires d'Afrique subsaharienne et, parmi elles, 60% viennent de trois pays où la prévalence du VIH atteint jusqu'à 4%[5] : Côte d'Ivoire, Cameroun et Congo (Brazzaville).

En Ile-de-France, comme hors Ile-de-France, 30% des découvertes de séropositivité sont des contaminations datant de moins de six mois (infection récente). Cette proportion qui atteint 50% chez les personnes contaminées par voie homosexuelle est de 19% chez celles contaminées par voie hétérosexuelle. Cet écart renvoie tant aux comportements différenciés de recours au dépistage (voir partie suivante) qu'à la dynamique différentielle de l'épidémie chez les homo/bisexuels masculins et chez les hétérosexuels. L'incidence du VIH en 2008 a, en effet, été estimée en France à 9 pour 100 000 chez les hétérosexuels [IC 95% : 7-10], variant de 4 chez les femmes françaises à 54 chez les femmes étrangères contre 1 006 pour 100 000 chez les homo/bisexuels masculins [IC 95% : 857-1 155][6].

Tab. 1 : Découvertes de séropositivité 2007-2009 en Ile-de-France par département de domicile : mode de contamination, pourcentage de femmes, d'étrangers, de découvertes au stade sida et d'infections récentes (hors inconnu)

	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF ***	Hors IDF**
Taux pour 100 000*	58,8	12,1	8,0	nd	17,9	35,3	nd	21,7	26,5	6,5
% hétérosexuels	46,7	74,1	73,8	79,9	69,1	84,1	75,4	83,7	65,4	55,8
% homosexuels	51,8	23,8	22,7	18,9	29,4	14,3	23,2	14,1	33,0	41,2
% usagers de drogue	0,7	2,1	1,4	1,3	1,3	1,0	0,7	0,7	0,9	2,0
% de femmes	27,4	48,1	38,0	46,0	42,0	45,0	43,6	46,4	37,5	32,1
% d'étrangers	50,1	56,1	50,0	54,8	50,2	70,6	59,3	67,3	56,6	31,0
chez les hommes	38,2	42,2	33,3	43,0	34,5	62,8	46,1	57,8	43,9	20,1
chez les femmes	83,0	74,4	75,0	69,0	71,6	80,4	76,4	78,4	78,2	56,2
% au stade sida	12,6	15,3	23,7	17,2	15,9	17,3	15,1	15,4	15,1	17,0
% infection récente**	36,0	28,3	22,8	22,6	32,7	21,2	29,3	22,1	30,1	31,5
chez les hétéros	16,7	23,0	16,2	18,9	24,1	19,3	22,9	14,5	19,1	23,9
chez les homos	51,6	35,0	45,8	55,6	49,5	37,0	56,6	36,7	49,6	47,4

* Nombre estimé de découvertes de séropositivité en 2008 rapporté à 100 000 habitants [1] - nd : non disponible car transmission irrégulière et/ou sous-déclaration importante. Pour Paris : à considérer avec prudence. Insee : données du recensement 2006, exploitation ORS Ile-de-France.

** Infection récente : contamination depuis moins de six mois en moyenne

*** IDF : cas diagnostiqués chez des personnes domiciliées en Ile-de-France. Hors IDF : cas en France chez des personnes non domiciliées en Ile-de-France.

Source : InVS, déclaration obligatoire du VIH, données au 31 mars 2010, exploitation ORS Ile-de-France sauf (*).

Tab. 2 : Évolution des caractéristiques des patients VIH suivis dans les hôpitaux franciliens (hors inconnu) - base FHDH

	1993	1997	2001	2005	2008	Nouveaux patients 2008
Principales caractéristiques démographiques						
% de femmes	22,0	25,6	29,1	32,2	34,0	37,5
% < 40 ans	73,0	67,0	52,0	39,0	30,0	57,0
% ≥ 40 ans	26,0	33,0	47,0	61,0	69,0	43,0
Mode de transmission						
Homo/bisexuels	45,5	40,9	38,6	36,7	34,8	31,0
Usagers de drogue	26,9	23,3	17,7	13,1	11,9	3,0
Hétérosexuels	21,4	30,7	39,6	46,4	49,7	62,0
Autres	6,2	5,2	4,1	3,8	3,7	3,0
Ancienneté de la séropositivité						
< 1 an	7,9	6,7	6,9	4,6	4,1	-
De 1 à 10 ans	91,2	68,7	53,4	46,4	41,0	-
De 10 à 20 ans	0,9	24,6	39,8	44,6	39,3	-
≥ 20 ans	0,0	0,0	0,0	4,3	15,6	-
Moyenne (en années)	-	6,5	8,2	9,8	11,3	2,7
Dernier taux de CD4 renseigné*						
< 350 cellules/mm ³	72,2	56,3	36,7	34,4	26,9	50,7
De 350 à 500	13,0	22,5	23,5	26,1	26,4	22,7
≥ 500	13,8	21,3	39,8	39,5	46,7	26,6
Dernière charge virale renseignée*						
< 500 copies/mL	-	37,0	59,0	69,0	72,0	15,0
≥ 30.000	-	19,0	12,0	11,0	5,0	45,3
Stade de l'infection à la dernière visite*						
% au stade sida	34,5	26,1	26,0	26,1	25,1	4,8
Patients sous traitement pour le VIH						
Jamais traités	30,8	12,0	9,5	11,2	9,1	35,6
Trois ARV** et plus	0,0	52,6	75,7	75,3	79,9	60,7
Autre	69,2	35,4	14,8	13,5	11,0	3,7

* Pour les nouveaux patients, il s'agit des premiers indicateurs renseignés (1er taux de CD4 renseigné, 1ère charge virale renseignée, sida à l'inclusion)

** ARV : antirétroviraux

Source : Inserm U943. Retour d'informations clinico-épidémiologiques. COREVIH Ile-de-France, octobre 2009.

Les caractéristiques des patients suivis pour le VIH dans les hôpitaux franciliens ont évolué

La base hospitalière française de données sur l'infection à VIH (FHDH), qui a inclus des patients dès 1989, permet de suivre l'évolution des caractéristiques des personnes touchées par le VIH et prises en charge à l'hôpital. Pour être inclus dans la base, les patients VIH doivent être suivis dans un centre de Coordination régionale de lutte contre l'infection à VIH (Corevih, ex Centre d'information et de soins de l'immunodéficience humaine, Cisih) et avoir donné leur consentement. Sa couverture est estimée à 50-60% des patients pris en charge[7].

En 2008, en Ile-de-France, 17 111 patients ont été suivis et parmi eux 898 nouveaux patients (soit 5%). L'analyse des données de 1993 à 2008 rend compte tant de l'évolution de l'épidémiologie du VIH que de celle de l'efficacité des traitements. Ainsi, outre la féminisation des patients et la prédominance des personnes contaminées par voie hétérosexuelle (particulièrement notables chez les nouveaux patients), la part des patients âgés de 40 ans et plus a nettement augmenté (de 26% à 69%), conséquence de l'allongement de l'espérance de vie des personnes traitées mais aussi de l'ancienneté de l'épidémie. En 2008, un patient sur six connaît sa séropositivité depuis au moins vingt ans et 80% des patients bénéficient d'une combinaison d'au moins trois antirétroviraux. Parmi les patients traités depuis au moins six mois, 92% sont en succès virologique (charge virale < 500 copies/mL), dont 81% avec une charge virale indétectable (< 50 copies/mL) et 48% sont en succès immunologique (CD4 ≥ 500 cellules/mm³), soit 46% des patients en succès immuno-virologique (33% en 2001 et 37% en 2005). En conséquence, malgré le vieillissement des patients et la part élevée de ceux contaminés depuis au moins vingt ans, le pourcentage de patients au stade sida est stable depuis dix ans.

Le dépistage du VIH : constats et nouveaux enjeux

Le test de dépistage des anticorps anti-VIH a été mis sur le marché en janvier 1985. Le premier décret officiel portant sur le sida, adopté en 1985, concerne la décision de rendre obligatoire le dépistage des dons de sang en France. Les mesures suivantes prises par les pouvoirs publics indiquent que le choix du volontariat dans la démarche de dépistage a résolument été privilégié ainsi que le principe du dépistage orienté en fonction de l'exposition au risque. Dès 1987, une circulaire de la Direction générale de la santé rappelle que la pratique du dépistage systématique auprès des malades hospitalisés « doit être rigoureusement exclue » et que le dépistage doit être conditionné par le « libre consentement » du patient qui aura préalablement été informé. Cette orientation donnée au dépistage est réaffirmée en 1988 lorsque, pour favoriser le dépistage volontaire, les pouvoirs publics décrètent la création, sur l'ensemble du territoire, de structures dans lesquelles les tests seront réalisés de façon anonyme et gratuite, les Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG). Enfin, en 1993, un décret indique que le test doit être systématiquement proposé par le médecin lors de l'examen prénuptial ou prénatal, sans caractère obligatoire.

Cette approche du dépistage basée sur le volontariat et sur la notion d'exposition au risque montre désormais ses limites. A l'ère des combinaisons de traitements antirétroviraux (cART), le retard au diagnostic et à la mise sous traitement constituent des facteurs qui grevont le pronostic des personnes touchées par le VIH. Celles prises en charge tardivement (CD4 < 200/mm³ ou stade sida lors du premier recours à l'hôpital) ont un risque relatif près de treize fois plus élevé de décéder au cours des six mois qui suivent l'inclusion dans la file active hospitalière[8]. De plus, des travaux ont montré que la probabilité de modifier son comportement sexuel en adoptant des conduites préventives est bien supérieure lorsque l'individu se sait contaminé que lorsqu'il l'ignore[9]. Enfin, comme le souligne le rapport 2010 du groupe d'experts[9] « Plusieurs types d'arguments épidémiologiques concourent à établir que les patients sous traitement antirétroviral efficace transmettent beaucoup moins le VIH à leurs partenaires. La corrélation entre le niveau de virémie plasmatique et le risque de transmission est établie ». Désormais, le dépistage doit se penser comme un outil de prévention ayant des bénéfices tant individuels que collectifs.

Dans ce texte, les constats concernant le dépistage sont présentés à travers trois parties : l'activité de dépistage, les comportements différenciés de recours au dépistage dans différentes populations, les caractéristiques des personnes qui découvrent leur séropositivité à un stade tardif de l'infection. Une dernière partie présente les nouveaux enjeux du dépistage du VIH, à travers les recommandations formulées par les experts depuis 2006.

Activité de dépistage en Ile-de-France

La France est l'un des pays européens ayant proportionnellement la plus forte activité de dépistage du VIH. En 2008, l'InVS a estimé le nombre total de tests réalisés en France à 4,98 millions [IC95% : 4,91-5,05] dont 1,23 millions en Ile-de-France [IC95% : 1,19-1,27][10]. En France, comme en Ile-de-France, ce nombre est en baisse depuis 2005 (-5% entre 2005 et 2008). L'Ile-de-France figure parmi les régions de France où le nombre de tests rapporté à la population est le plus élevé avec 105 tests pour 1 000 habitants en 2008 contre 77 en moyenne au niveau national[2]. De plus, le nombre de sérologies positives rapporté aux tests réalisés est deux fois supérieur en Ile-de-France à celui du niveau national : 0,44 sérologies positives pour 100 tests en Ile-de-France contre 0,21 en France. La part des tests VIH réalisés dans les CDAG est estimée à 10% en

Ile-de-France en 2008[10]. La séroprévalence, estimée à partir des données des laboratoires, est près de trois fois supérieure à celle observée hors Ile-de-France (0,49% vs 0,19%). Les données recueillies depuis 1988 dans les rapports d'activité des CDAG permettent de dresser quelques constats d'évolution[11]. Parallèlement à l'accroissement du nombre de tests effectués dans les CDAG depuis 1988, une baisse importante de la proportion de sérologies positives peut être notée depuis vingt ans, à l'exception de 1999 à 2001 où la séroprévalence a augmenté. En Ile-de-France, la séroprévalence dans les CDAG est ainsi passée de 5,5% en 1998 à 0,5% en 2009, se rapprochant de celle observée dans l'ensemble des laboratoires, même si elle demeure supérieure. Il existe néanmoins une variabilité importante de la séroprévalence dans les CDAG. Par exemple, pour le Corevih Ile-de-France Est, la séroprévalence est de 1,7% dans la CDAG de Gonesse (95) sur les 1 376 sérologies réalisées en 2007 à 0% dans celle d'Arpajon (91) sur les 1 131 sérologies réalisées[12].

Comportements des populations face au dépistage du VIH

La population générale francilienne : baisse du recours au dépistage chez les hommes

En 2004, selon l'enquête KABP[13] 57% des Franciliens âgés de 18 à 54 ans (66% des femmes et 53% des hommes) avaient déjà eu recours à un test de dépistage du VIH dans leur vie. Si on se réfère à une période plus courte, la proportion de personnes ayant effectué un test au cours des douze mois précédant l'enquête est de 12% (8% des hommes et 17% des femmes), soit deux fois moins que la proportion enregistrée dix ans avant, dans l'enquête KABP de 1994, au plus haut de l'épidémie, où 20% des Franciliens (21% des hommes et 20% des femmes) indiquaient avoir été testés dans l'année. En dix ans, la baisse du recours au dépistage n'est notée que chez les hommes, aboutissant en 2004 à des comportements très différenciés de recours au dépistage entre les hommes et les femmes, alors qu'ils étaient comparables en 1994. Les femmes sont ainsi deux fois plus nombreuses que les hommes à avoir eu recours à un test dans l'année en raison, notamment, des tests réalisés lors de l'examen prénatal dans lesquels le dépistage du VIH est systématiquement proposé. Le recours au dépistage est également plus fréquent parmi les personnes potentiellement les plus exposées au risque : celles ayant déclaré au moins deux partenaires dans l'année, les multipartenaires, sont 23% à avoir recouru à un test dans l'année contre 12% des personnes monopartenaires ou 4% des personnes n'ayant pas eu de partenaire dans l'année. C'est plus souvent dans les CDAG que les personnes les plus exposées au risque recourent à un test de dépistage du VIH, et dans les laboratoires biologiques que les moins exposées se tournent, ce qui explique les différences de prévalence observées entre ces lieux de dépistage (voir partie sur l'activité de dépistage).

Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne vivant en Ile-de-France : recours élevé au dépistage du VIH

L'enquête KABP réalisée en 2005 par l'INPES auprès des personnes originaires d'Afrique subsaharienne résidant en Ile-de-France a montré un niveau élevé de recours au dépistage du VIH parmi cette population[14]. En effet, 65% des personnes interrogées avaient déjà eu recours à un test de dépistage du VIH au cours de la vie, soit une proportion supérieure à celle de la population générale interrogée en Ile-de-France (57%)[13], en France métropolitaine (54%)[15] ou aux Antilles et en Guyane françaises (61%)[16]. Comme le soulignent les auteurs[14] « ce résultat va à l'encontre de

l'hypothèse souvent avancée selon laquelle les populations d'Afrique subsaharienne recourraient moins souvent au dépistage du VIH que les autres ». Le retard au dépistage, fréquemment observé parmi les personnes séropositives originaires d'Afrique subsaharienne, serait donc plutôt lié à l'ancienneté de l'infection au moment de l'immigration qu'à un problème de recours au dépistage en France. Néanmoins, les données de l'enquête montrent nettement que, chez les femmes, celles en situation administrative précaire (carte de séjour temporaire, autorisation provisoire ou sans titre de séjour) ont une probabilité bien moindre d'avoir recouru à un test que celles ayant une situation stable (carte de résident ou nationalité française), à caractéristiques socio-démographiques et prévalence de l'infection dans le pays d'origine comparables. Ces populations, fragilisées sur le plan administratif, se trouvent donc plus exposées au risque de découvrir tardivement leur séropositivité. L'enquête montre aussi que la part des tests réalisés dans des circonstances médicales est prépondérante (la moitié des circonstances citées sont un bilan de santé ou un dépistage prénatal), à l'inverse des tests réalisés à la suite d'une prise de risque, cités de façon marginale. Cet élément concernant les circonstances des tests constitue un argument en faveur d'une proposition régulière de test, dans un cadre médical ou à travers des structures au plus près de ces populations, afin de favoriser un recours au dépistage précoce et, en cas de séropositivité, une prise en charge rapide.

Les homosexuels masculins : dépistage fréquent dans un contexte de prises de risque élevées

Trois principaux constats concernant le recours au dépistage peuvent être dressés à partir des enquêtes quantitatives menées auprès des homosexuels masculins interrogés à travers la presse, internet ou dans les lieux de rencontres gays. Globalement, une proportion élevée d'hommes déclarent avoir déjà été testés et ce recours au dépistage est fréquent. Néanmoins, une part non négligeable d'hommes déclarent ignorer leur statut sérologique malgré des prises de risque importantes. Plus précisément, si on se réfère à l'Enquête presse gay de 2004^[17], 86% des répondants ont déjà effectué un test de dépistage au cours de leur vie dont 40% il y a 6 mois ou moins, 16% entre 7 et 12 mois, 17% entre 13 et 24 mois et 27% il y a plus de deux ans. Les répondants ont indiqué avoir effectué en moyenne trois tests au cours des deux dernières années et 13% se déclarent séropositifs.

Malgré cette fréquence élevée du recours au dépistage, près du tiers des répondants méconnaissent leur statut sérologique au moment de l'enquête, soit parce qu'ils n'ont jamais été testés (14%), soit parce qu'ils ne sont plus certains d'être séronégatifs ou qu'ils ne connaissent pas le résultat de leur test (15%). Les données de l'enquête Net gay baromètre 2009^[18] réalisée en France auprès d'internautes gays et bisexuels montrent aussi une proportion élevée d'hommes ignorant leur statut sérologique (13% non testés ou dont le statut est inconnu et 6% n'étant plus certains d'être séronégatifs). Chez ces hommes, les prises de risque déclarées sont particulièrement fréquentes : 11% des hommes n'étant plus certains d'être séronégatifs déclarent des pénétrations anales « fréquemment ou systématiquement » non protégées et 31% des pratiques « régulièrement » non protégées contre respectivement 4% et 13% des hommes s'étant déclarés séronégatifs. L'enquête Prevagay réalisée en 2009 dans des « établissements de convivialité gay parisiens »^[19], qui proposait une sérologie VIH aux participants, apportent des précisions majeures. Parmi les hommes ayant accepté de se faire tester pour l'enquête, 18% étaient séropositifs mais 20% d'entre eux ignoraient l'être (10% pensaient être séronégatifs). Parmi les hommes méconnaissant leur séropositivité, 61% déclaraient avoir réalisé un test dans les douze derniers mois, 16% l'avoir fait il y a plus d'un an et 23% n'avoir jamais fait de test (respectivement 69%, 24% et 7% chez les hommes séronégatifs). Aussi, alors qu'une part importante de ces hommes

(61%) a vraisemblablement été en séroconversion durant l'année, les comportements décrits durant cette même période manifestent une exposition au risque importante : 50% ont déclaré avoir eu plus de dix partenaires et 50% au moins une pénétration anale non protégée avec un partenaire occasionnel.

Ces résultats soulignent d'une part l'enjeu d'un dépistage plus régulier parmi les homosexuels masculins, mais aussi, pour les données relatives à la discordance entre statut sérologique déclaré et résultat biologique, les limites des stratégies préventives basées sur le statut sérologique des partenaires, que ce soit le choix des partenaires (*serosorting*) ou le choix des pratiques sexuelles -insertives ou réceptives- (*seropositioning*).

Les usagers de drogues : recours élevé au dépistage associé à des comportements de réduction des risques

Les enquêtes conduites auprès des usagers de drogues fréquentant les centres de soins et de réduction des risques montrent un niveau élevé de recours au dépistage du VIH. Parmi les usagers de drogues interrogés en 2006 en Ile-de-France dans les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues (enquête Ena-Caarud^[20]), 86% ont indiqué avoir déjà eu recours à un test de dépistage du VIH (84% des hommes et 93% des femmes) avec une prévalence du VIH de 5% pour les hommes et de 16% pour les femmes. A sexe et âge comparables, les usagers ayant déjà utilisé la voie injectable sont plus nombreux à avoir eu recours à un test que les non injecteurs et leur prévalence déclarée du VIH est toujours supérieure (en moyenne, 11% vs 3%). Dans l'enquête Coquelicot réalisée en 2003 auprès d'usagers de drogues^[21] plus de 95% d'entre eux ont déclaré avoir été testés pour le VIH au cours de leur vie (89% parmi les moins de 30 ans et 97% parmi les 30 ans et plus). Les données déclaratives des usagers sur leur sérologie VIH et les résultats du test sur prélèvement sanguin réalisé dans le cadre de l'enquête apparaissent très concordants : 11% des usagers interrogés étaient séropositifs au VIH et seuls 2% d'entre eux se sont déclarés séronégatifs à tort, attestant d'un bon recours au dépistage du VIH dans cette population. En revanche, alors même que le niveau de recours au dépistage du virus de l'hépatite C (VHC) au cours de la vie est élevé (91%), les données de l'enquête montrent de fortes divergences entre la prévalence du VHC déclarée par les usagers et les résultats des tests effectués sur des échantillons biologiques : 60% des usagers interrogés étaient infectés par le VHC mais 27% d'entre eux se sont déclarés séronégatifs au VHC à tort. Des données plus fines sur l'ancienneté du dépistage permettraient de mieux comprendre ces différences entre VIH et VHC qui renvoient sans doute à la régularité de recours aux tests, à la prévalence des infections et à la fréquence des expositions aux risques de contaminations par le VIH et le VHC liées aux comportements des usagers.

Caractéristiques des personnes qui recourent tardivement au dépistage du VIH

Il a été estimé que 135 000 à 170 000 personnes vivaient avec le VIH en 2008 en France parmi lesquelles entre 32 000 et 68 000 ignoraient leur séropositivité^[9], soit en moyenne un tiers d'entre elles. Une partie de ces personnes se font diagnostiquer à un stade tardif de l'infection, parfois même déjà au stade du sida, affectant fortement leurs chances de survie. En 2008, en Ile-de-France, la prise en charge a été tardive (CD4 < 200/mm³ ou stade sida lors du premier recours à l'hôpital) pour 33% des nouveaux patients VIH nouvellement diagnostiqués (un mois maximum entre la découverte de séropositivité et la date d'inclusion) et suivis dans les Corevih^[22]. Parmi ces patients, 26% connaissaient leur séropositivité depuis plus de trois mois (retard d'accès aux soins, associé ou non à un retard au dépistage) et 74% méconnaissaient leur séropositivité (retard au dépistage).

Une personne sur trois en Ile-de-France a découvert sa séropositivité à un stade avancé de l'infection en 2009

Les données des déclarations obligatoires des découvertes de séropositivité permettent d'évaluer la fréquence du retard au dépistage du VIH et de mieux définir les caractéristiques des personnes qui recourent tardivement au dépistage. En Ile-de-France[4], parmi les personnes qui ont découvert leur séropositivité en 2009, et dont le stade de l'infection est renseigné, 27% étaient à un stade avancé, soit déjà au stade sida (15%), soit au stade symptomatique non sida (12%). Ces proportions sont comparables à celles observées dans le reste de la France métropolitaine (respectivement 17% et 10%). La proportion de personnes dépistées tardivement (sida ou symptomatique non sida) est supérieure chez les hommes que chez les femmes : 29% des hommes découvrant leur séropositivité en 2009 en Ile-de-France étaient dans ce cas contre 23% des femmes. Cet écart reflète, au moins en partie, le recours plus fréquent des femmes au dépistage, à travers notamment la proposition systématique de test lors de l'examen prénatal et la probabilité supérieure qu'elles peuvent donc avoir de se faire diagnostiquer précocement. Néanmoins, en Ile-de-France, concernant le retard au dépistage, si peu d'évolutions sont notées chez les femmes depuis 2003, chez les hommes, en revanche, les dépistages tardifs au stade sida sont en diminution : ils sont passés de 28% en 2003 à 17% en 2009 (chez les femmes, de 16% à 12%). A l'inverse, les dépistages intervenant lors de la primo-infection, c'est-à-dire au stade le plus précoce, ont presque doublé durant cette même période, passant de 7% à 13% (chez les femmes 3% à 4% sur toute la période).

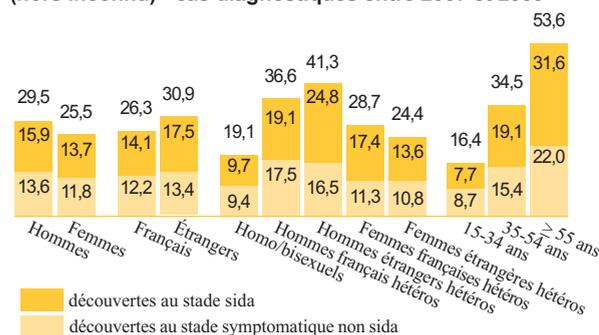
Le dépistage est tardif chez les hommes contaminés par voie hétérosexuelle, notamment parmi les étrangers

La part des dépistages tardifs parmi les découvertes de séropositivité diffère nettement selon les populations, renvoyant, notamment, aux comportements différenciés de recours au dépistage (voir pp. 3-4). Si on se réfère aux cas de séropositivité découverts au cours de ces trois dernières années en Ile-de-France (2007-2009[4], figure 1), les hommes contaminés par voie homosexuelle sont les moins nombreux à avoir été dépistés à un stade tardif (19%). Ils sont même, de loin, les plus nombreux à être dépistés au moment de la primo-infection (22% contre 5% des personnes contaminées par voie hétérosexuelle). A l'inverse, les dépistages tardifs sont fréquents chez les hommes contaminés par voie hétérosexuelle (39%), et en particulier parmi ceux qui ne sont pas de nationalité française (41%). Un autre aspect qui ressort est la part particulièrement élevée de dépistage tardif (54%) parmi l'ensemble des personnes âgées de 55 ans et plus. Ce constat est vrai que ce soit chez les hommes ou chez les femmes (56% et 48%), chez les étrangers ou les Français (58% et 49%), chez les hommes contaminés par voie hétérosexuelle ou homosexuelle (59% et 49%). Dans la file active hospitalière des patients VIH suivis (FHDH), l'un des facteurs associés à une prise en charge tardive est l'âge (odds-ratio = 3,4 pour les sujets de plus de 60 ans versus ceux de moins de 30 ans)[9].

En ce qui concerne les usagers de drogues, les données des déclarations obligatoires de sida et de VIH semblent attester d'un recours au dépistage relativement correct parmi cette population. Seul un très faible nombre d'usagers de drogues injecteurs ont récemment découvert leur séropositivité au stade sida (en Ile-de-France, 38 personnes depuis 2003). Ces usagers de drogues, souvent âgés (66% ont 40 ans et plus) ont probablement été contaminés anciennement mais n'ont pas bénéficié d'un dépistage du VIH pourtant fréquent dans cette population.

Les analyses conduites à partir de l'enquête VESPA 2003 sur les conditions de vie des personnes atteintes par le VIH permettent d'étayer ces données en distinguant deux populations chez lesquelles le dépistage apparaît tardif[23] : d'une part, des migrants,

Fig. 1 : Pourcentage de découvertes de séropositivité en Ile-de-France au stade tardif (sida ou symptomatique non sida) selon le sexe, la nationalité, le mode de transmission ou l'âge (hors inconnu) - cas diagnostiqués entre 2007 et 2009



Source : InVS, déclaration obligatoire du VIH, données au 31 mars 2010, exploitation ORS Ile-de-France

principalement originaires d'Afrique subsaharienne qui sont très majoritairement dépistés après leur arrivée en France (souvent dans l'année suivant l'arrivée[24]) ; d'autre part, des personnes qui, en métropole, ne constituent pas des cibles prioritaires pour le VIH/sida (hommes hétérosexuels, plus âgés, en couple stable depuis longtemps, ayant des enfants, etc.) décrites comme à faible risque d'infection à VIH mais à fort risque de dépistage tardif[25].

Nouveaux enjeux du dépistage du VIH

Différents constats ont conduit à un renouvellement de la réflexion sur la stratégie de dépistage du VIH en France, telle qu'elle avait été définie au début de l'épidémie : le nombre élevé et relativement constant de personnes découvrant chaque année leur séropositivité en France (entre 6 200 et 6 800 en 2008[2]), la persistance dans le temps d'un retard au dépistage chez ces personnes, l'évolution des traitements et des connaissances concernant leur efficacité, tant à titre individuel (réduction majeure de la mortalité) que collectif (réduction du risque de transmission chez les patients en succès virologique). Les premières recommandations suggérant de « changer de paradigme du dépistage » ont été formulées en 2006 par le Conseil national du sida[26], avec comme principales propositions d'élargir les motifs de tests de dépistage et de « limiter le counseling quand il est un frein au dépistage ». En 2008, puis en 2009, la Haute autorité de santé (HAS) a formulé des recommandations sur le dépistage du VIH, sur les modalités[27] puis sur la stratégie et les dispositifs[28]. Ces recommandations, qui font consensus, ont été intégrées et complétées dans le rapport Lert/Pialoux[29] sur la réduction des risques ainsi que dans le rapport 2010 du groupe d'experts sur la prise en charge médicale des personnes infectées[9].

Concernant la stratégie de dépistage, les recommandations de la HAS reposent sur trois axes :

- proposer le dépistage du VIH à l'ensemble de la population de 15 à 70 ans, hors notion d'exposition à un risque de contamination ou caractéristiques particulières. L'objectif recherché est d'effectuer un « rattrapage » des infections non diagnostiquées. Les médecins généralistes sont les relais principaux de cette stratégie.
- proposer le dépistage de façon ciblée et régulière à certaines populations particulièrement exposées : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), hétérosexuels ayant eu plus d'un partenaire dans les douze mois, populations des Antilles et de la Guyane, usagers de drogues utilisant la voie injectable (UDVI), personnes originaires d'une zone de haute prévalence (notamment Afrique subsaharienne et Caraïbe), personnes en situation de prostitution, personnes dont les partenaires sont infectés par le VIH.

Chez les UDVI, les multipartenaires HSH et ceux originaires d'Afrique et de la Caraïbe et pour l'ensemble de la population de la Guyane, le test est recommandé tous les ans. Pour les autres, aucune recommandation sur la régularité n'a pu être formulée.

- proposer systématiquement le dépistage du VIH dans **certaines circonstances** : suspicion ou diagnostic d'IST ou d'hépatite C, suspicion ou diagnostic de tuberculose, projet de grossesse, IVG, 1ère prescription d'une contraception, viol, en cours d'incarcération.

Des recommandations sont également formulées par la HAS sur l'évolution des dispositifs mobilisés pour le dépistage[28]. L'objectif est d'élargir l'offre, tant en termes d'outils (avec l'introduction des tests de dépistage rapide, TDR*) que de dispositifs mobilisés. Sur ce dernier point, outre le rôle renforcé des médecins généralistes dans le cadre du dépistage généralisé du VIH, ceux-ci pourraient être conduits à réaliser des TDR dans leur cabinet. Les résultats du Baromètre santé médecins généralistes 2009[30] montrent néanmoins que 63% des médecins se déclarent défavorables à l'idée de proposer un test VIH « aux personnes sans facteur de risque apparent n'ayant pas fait de test depuis longtemps » et, concernant l'utilisation du test rapide en cabinet de médecine générale, la moitié des médecins pensent que sa durée de réalisation constitue un frein. Le rôle renforcé des médecins généralistes doit donc s'accompagner d'une communication en leur direction. La HAS recommande aussi le développement de la possibilité des tests sans prescription dans les laboratoires biologiques. Mais l'orientation nouvelle la plus innovante concerne la réalisation de tests hors des dispositifs médicaux, avec la possibilité pour des associations de proposer des TDR dans leurs structures. A travers cette orientation, il s'agit de faciliter l'accès au dépistage pour certaines populations recourant peu (voire pas) au dispositif classique, en favorisant le dépistage communautaire, c'est-à-dire au plus près des populations cibles (les HSH, les migrants, les prostitué(e)s, etc.). Une recherche-action de dépistage communautaire en direction des HSH est menée depuis 2009 par l'association Aides (étude ANRS-COMTEST). Les

résultats intermédiaires[31] montrent une séroprévalence du VIH très élevée, de 2% (tests confirmés) parmi les 342 hommes testés, attestant de l'utilité de ce type de dispositif.

Désormais ces recommandations, dont certaines sont formulées depuis 2006, doivent se traduire dans les politiques publiques et les moyens qui les accompagnent. Le Plan national de lutte contre le VIH/sida et les autres IST 2010-2014, faisant suite au Plan 2005-2008, vient d'être rendu public (4 novembre 2010) par le Ministère de la Santé et des Sports[32] et semble avoir inclus une large part des recommandations de la HAS sur le dépistage, faisant nettement évoluer le projet initial de Plan de juin 2010[33].

Les évolutions sur le dépistage doivent s'intégrer dans la promotion des nouvelles approches de la prévention (ou prévention combinée) dans lesquelles le dépistage constitue un des outils ainsi que les traitements antirétroviraux qui contribuent à la réduction de la transmissibilité du VIH. Ces méthodes biomédicales viennent compléter les méthodes comportementales, parmi lesquelles « les préservatifs restent le socle de la prévention du VIH »[29]. Comme le souligne le rapport Lert/Pialoux[29], il existe « une convergence croissante des enjeux de la prévention, du dépistage et du traitement pour à la fois augmenter l'espérance de vie des personnes atteintes et contrôler l'épidémie ».

En revanche, la convergence des enjeux ne semble pas de mise en ce qui concerne les mesures récentes réduisant nettement l'accès aux soins des étrangers vivant en France, notamment ceux en situation les plus précaires, et les enjeux face au VIH/sida. En effet, la limitation de la délivrance de cartes de séjour pour soins, au motif de la disponibilité des traitements dans le pays d'origine et non plus de leur accessibilité, et la mise en place d'une franchise pour l'accès à l'Aide médicale d'État (dispositif pour les étrangers en situation administrative irrégulière) se heurtent nettement à la logique visant à favoriser le dépistage puis la prise en charge thérapeutique la plus précoce, notamment dans l'une des populations cibles que sont les personnes originaires de pays à forte prévalence du VIH.

Les campagnes de prévention télévisées sur le dépistage du VIH : évolutions de la communication institutionnelle

Depuis le début de l'épidémie, les campagnes de prévention du VIH mises en œuvre par les pouvoirs publics se sont essentiellement attachées à inciter à l'utilisation du préservatif et à lutter contre l'image négative et la discrimination des personnes atteintes. En 1998, la question du dépistage est abordée à travers la mise en place d'un large dispositif d'information visant notamment à mettre en avant l'importance d'une prise en charge précoce en cas de contamination. Tout au long des années 2000, le dépistage s'installe comme une thématique récurrente des campagnes télévisées de prévention du VIH émanant des pouvoirs publics.

2002 : une première campagne télévisée axée sur la demande du test au partenaire, déclinée en direction des trois populations dites « prioritaires »

L'apparition du thème du dépistage dans les campagnes télévisées au début des années 2000 coïncide avec la mise en place de dispositifs de communication ciblée. En effet, l'Inpes affine ses stratégies de prévention et concentre l'essentiel de sa communication en direction des publics identifiés comme prioritaires par le Plan national de lutte contre le sida, à savoir les jeunes, les homosexuels masculins et les populations migrantes originaires d'Afrique subsaharienne. En 2002, une première campagne, axée sur la demande du test à son partenaire, est réalisée. Le message est décliné en direction des trois publics : pour les jeunes, le recours au test avec le partenaire doit

se faire avant l'arrêt du préservatif ; pour les homosexuels, la demande du test est mise en scène dans une situation où l'un des deux partenaires a eu une relation non protégée en dehors du couple ; enfin pour les migrants, la demande se fait dans le cadre d'une relation extraconjugale non protégée.

Cette première campagne sur la demande du test au partenaire bénéficie d'un bon accueil par les publics cibles, notamment en raison de son approche par population. C'est surtout le volet migrants - qui mettait en scène deux femmes dans un magasin de tissus africains, dont l'une demandait à son partenaire de faire le test après qu'il ait « pris du bon temps au pays » - qui obtient les meilleures performances publicitaires. Il bénéficie, en effet, d'une très forte reconnaissance, d'un niveau d'agrément très élevé (85% l'ont apprécié dont 51% « vraiment apprécié »), d'une forte incitation à réfléchir à leurs comportements de prévention (72% contre 34% et 28% pour les deux autres populations). Cependant, le message véhiculé par la campagne a relativement peu marqué les esprits. Dans la compréhension détaillée du message, le dépistage ne figure pas en première place (sauf pour les homosexuels). Beaucoup des personnes interrogées lors de l'évaluation citent comme contenu de la campagne des généralités sur la lutte contre le sida ou même l'usage du préservatif. Ceci peut s'expliquer par la nouveauté du message et par l'exposition répétée et prolongée de la population à d'autres messages sur le sida (préservatif notamment) depuis le début

* un TDR est un test unitaire de détection des anticorps anti-VIH-1 et anti-VIH-2, à lecture subjective, permettant de donner un résultat dans un délai court, généralement de moins de 30 minutes. En cas de résultat positif, une confirmation par Western-blot ou immunoblot est nécessaire[27].

de l'épidémie. Cela montre cependant que le message d'incitation au dépistage a besoin de temps pour s'installer.

2005 : à chaque population sa stratégie

Forte des enseignements de 2002, la campagne télévisée de l'été 2005 cherchera à positionner le dépistage à la fois comme faisant partie intégrante de la prévention du VIH et des IST et comme pendant indispensable à la protection. Compte tenu des problématiques spécifiques à chaque public, la question du dépistage est, là encore, abordée de manière adaptée. Mais contrairement aux années précédentes, où une même stratégie de communication avait été mise en place pour tous les publics, il s'agit cette fois de penser une stratégie différente pour chaque population.

Pour les jeunes, l'objectif est d'installer le recours au dépistage comme un réflexe au moment de l'arrêt du préservatif lorsque la relation de couple devient durable. Bien que peu touchée par l'épidémie par rapport aux autres publics, cette population reste prioritaire dans la mesure où il est primordial qu'elle adopte des comportements de prévention dès l'entrée dans la sexualité.



Pour les populations homosexuelles, la problématique est autre. Le recours au dépistage étant déjà élevé dans cette population, un simple message incitatif apparaît inadapté. Au sein d'une population dont les comportements préventifs tendent à se relâcher, et face à l'utilisation du dépistage comme moyen de réassurance suite à des prises de risque répétées, le message est de rappeler que le recours au test doit être l'occasion de réfléchir à ses comportements passés pour s'engager à nouveau dans une démarche de protection. Le film dresse un parallèle symbolique entre la prise de risque répétée et la traversée d'une route à grande vitesse. Un groupe d'hommes est montré en train de s'engager sur une route où circulent de nombreux véhicules. Certains s'en sortent mais ne semblent pas en tirer les conséquences et s'engagent à nouveau sur la voie.

Pour les populations originaires d'Afrique subsaharienne, la méconnaissance du caractère asymptomatique de la séropositivité est identifiée comme un frein au dépistage et une des raisons du dépistage tardif observé dans cette population. Le film s'attache donc à démontrer que la seule manière de savoir si l'on est infecté ou non est de faire le test. Le film montre ainsi un homme face à son miroir qui s'observe, doute, et décide d'aller faire le test.

L'évaluation auprès du grand public de cette campagne montre de très bons scores sur les principaux indicateurs (83% de reconnaissance, 84% d'agrément). Ceux-ci se situent nettement au-dessus de la campagne « préservatif » de l'année précédente. Mais le caractère incitatif de la campagne reste faible, surtout auprès des homosexuels. Les choix créatifs opérés par la campagne - volontairement innovants - ont été appréciés des homosexuels mais la forme a pris le dessus sur le fond : le message est oublié voire mal compris.



2008 : des messages de prévention plus complexes portant sur l'articulation du dépistage et du préservatif

En 2008, la nouvelle campagne vise à inscrire le test de dépistage dans la stratégie de prévention du couple, pour toutes les populations. Le message ne porte plus sur la simple incitation au dépistage mais sur l'articulation du test avec l'utilisation du préservatif. Elle a pour objectif de présenter le test comme une étape de la vie du couple, marquant le passage à une vie sexuelle sans préservatif dès lors que les deux partenaires sont séronégatifs et s'inscrivent dans une relation stable. La campagne met ainsi en scène des couples à travers une succession de plans courts : la première rencontre, leur premier baiser, leurs premiers rapports sexuels protégés, les tests de dépistage des deux partenaires et leurs résultats négatifs puis leurs rapports sans préservatif. L'évaluation de la campagne (post test) montre que le message, malgré sa complexité, est bien compris et restitué, ce qui constitue un progrès au regard de la campagne de 2002. Par ailleurs, la campagne a généré un sentiment d'identification aux situations et aux personnages plus forts que les précédentes campagnes. L'incitation au dépistage est aussi plus élevée, en particulier en comparaison de la campagne de 2005.

Parallèlement aux campagnes télévisées, des dispositifs de prévention ciblés « invisibles » du grand public

Depuis 2003, parallèlement aux grandes campagnes télévisées, l'Inpes met en place des dispositifs ciblés destinés aux publics prioritaires. Ces dispositifs de communication sont constitués de supports très divers : affichettes, spots radios, annonces presse, romans-photos, brochures, magazines, street marketing, partenariats, campagnes et sites web, courts-métrages, etc. Ceux-ci sont diffusés sur des medias communautaires (par exemple, pour les migrants, radio Africa numéro 1, la chaîne Trace TV ou le magazine Amina) ou dans les lieux communautaires ou affinitaires (par exemple, pour les homosexuels masculins, les lieux de convivialité gay). De nombreuses campagnes sont donc mises en place chaque année à destination de ces publics, en dehors de la télévision qui n'est pas toujours le média le plus adapté pour faire passer les messages souhaités. En effet, le caractère très publicitaire des messages (qui limite toute approche pédagogique), leur courte durée (30 à 45 secondes, qui exclut de faire passer des messages trop complexes), leur coût élevé (tant en terme de production que d'achat d'espace publicitaire auprès des chaînes) et la faible consommation de ce média par une partie de la cible (notamment les gays) limitent l'intérêt d'un tel média.

Aussi, les dispositifs communautaires mis en place de manière parallèle aux campagnes télévisées permettent d'affiner les messages en fonction des caractéristiques et besoins de chaque population. Pour les migrants par exemple, en parallèle de la campagne de 2005, un dispositif d'information ciblé a été mis en place autour des freins au dépistage : méconnaissance de la gratuité du test, de son caractère anonyme et confidentiel, de l'existence des CDAG. Ces freins étant, avant tout, identifiés dans la population

migrante, une campagne d'information destinée au grand public aurait été inadaptée.

En direction des gays, population au niveau de connaissances déjà très élevé sur le VIH et dont les comportements à risque sont donc très difficiles à modifier par la simple information, le test est aujourd'hui abordé au sein de stratégies beaucoup plus complexes que pour les autres populations. Ainsi, la dernière campagne communautaire adressée aux couples ouverts et axée sur la primo-infection rappelle qu'en cas de prise de risque, il existe quatre réflexes pour agir : le traitement post-exposition, le dialogue avec son partenaire, le préservatif et le test. La question du test est donc intégrée dans une stratégie de prévention conçue de manière fine et adaptée au public cible.

À noter que les Antilles et la Guyane font l'objet d'un dispositif particulier, élaboré de manière spécifique et diffusé localement. Le dépistage y est régulièrement abordé, dans des campagnes télévisées autant qu'au travers d'outils ciblés.

2011 : année consacrée à l'incitation au dépistage

Aujourd'hui, le dépistage est au cœur des débats sur les stratégies de prévention du VIH, à la suite, notamment des recommandations de la HAS. À l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le sida, l'Inpes lance une nouvelle campagne d'incitation au dépistage qui mettra en avant les bénéfices liés à la connaissance de son statut sérologique. Elle cherchera à rappeler que toutes les avancées scientifiques faites en matière de traitements depuis la découverte du virus sont finalement inutiles pour tous ceux qui n'ont pas recours au dépistage dans la mesure où, pour bénéficier de l'efficacité des traitements d'aujourd'hui, le préalable indispensable est bien sûr de se faire dépister. Il s'agit de toucher les publics prioritaires mais également, les quelque 50 000 personnes qui en France aujourd'hui seraient séropositives sans le savoir. Ce sont ces personnes que tous les dispositifs ciblés ainsi que toutes les campagnes télévisées de l'année 2011 chercheront à l'unisson à atteindre pour les amener au dépistage.

Nous tenons à remercier vivement l'Unité VIH-IST-VHC de l'Institut de veille sanitaire, en particulier Françoise Cazein et Stéphane Le Vu, pour l'ensemble des données transmises et les précisions apportées à leurs analyses.

Références

- [1] InVS, déclaration obligatoire du VIH et du sida, données au 31/12/2008 corrigées pour la sous-déclaration, les délais et les valeurs manquantes.
- [2] Cazein F., Pillonel J., Imounga L. & al. Surveillance du dépistage et du diagnostic de l'infection VIH et du sida, France, 2008. BEHWeb, 2009 ; 2. [www.invs.sante.fr/behweb/2009/02/r-1.html. Consulté le 29 octobre 2010]
- [3] Spaccaveri G., Cazein F., Lièvre L. & al. Estimation de l'exhaustivité de la surveillance du sida par la méthode capture-recapture, France, 2004-2006. Rapport de l'Institut de veille sanitaire, juillet 2010 : 36 p.
- [4] InVS, déclaration obligatoire de VIH et de sida, données brutes au 31 mars 2010. Exploitation ORS Ile-de-France.
- [5] Onusida. Aide-mémoire. Afrique subsaharienne. Dernières tendances épidémiologiques. Le point sur l'épidémie de sida 2009. [http://data.unaids.org/pub/FactSheet/2009/20091124_FS_SSA_fr.pdf. Consulté le 29 octobre 2010].
- [6] Le Vu S., Le Strat Y., Barin F. & al. Population-based HIV-1 incidence in France, 2003-08 : a modelling analysis. The Lancet Infectious Diseases, October 2010 ; 10 (10) : pp. 682-687.
- [7] Inserm U943. À propos de la base FHDH. nd. [http://ccde.fr/_fold/fi-1182178152-395.pdf. Consulté le 29 octobre 2010]
- [8] Yeni P. (dir.). Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Rapport 2008. Paris : Médecin-Sciences. Flammarion, 2008 : 412 p.
- [9] Yeni P. (dir.). Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Rapport 2010. Paris : La documentation française, 2010 : 417 p.
- [10] InVS, Activité de dépistage du VIH en France, données LaboVIH, estimation septembre 2010.
- [11] InVS, Activité VIH, CDAG hors prison, données en 2009.
- [12] Réunion des CDAG COREVIH Est. État des lieux. 17 Juin 2009. [http://www.corevihest.fr/commissions/comm_depistage.asp. Consulté le 26 octobre 2010].
- [13] Beltzer N., Lagarde M., Wu-Zhou X. & al. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en Ile-de-France en 2004. Rapport ORS Ile-de-France, 2005 : 190 p.
- [14] Le Vu S., Lydié N. Pratiques de dépistage du VIH chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne en Ile-de-France, 2005. BEH, 2008 ; 7-8 : pp. 52-55.
- [15] Beltzer N., Lagarde M., Wu-Zhou X. & al. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France en 2004. Rapport ORS Ile-de-France, 2005 : 204 p.
- [16] Halfen S., Femies K., Ung B. & al. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida aux Antilles et en Guyane en 2004. Rapport ORS Ile-de-France, 2006 : 290 p.
- [17] Velter A. (coord.). Enquête Presse Gay 2004. Rapport de l'InVS ; juin 2007 : 132 p.
- [18] Léobon A., Drouin M.-C., Otis J. & al. Résultats du « Net Gay Baromètre 2009 » mise en perspective au regard des 18*25 ans et des répondants se déclarant séropositifs. Support d'une communication orale. nd. [http://www.gaystudies.org/index.html. Consulté le 19 octobre 2010].
- [19] Velter A., Bouyssou A., Barin F. & al. Sexual risk behaviour and knowledge of HIV status among men who have sex with men recruited in commercial gay venues in Paris (France): Prevagay 2009 survey. XVIII International AIDS Conference, July 18-23 2010 : THPE0342.
- [20] Enquête de l'OFDT, exploitation des données franciliennes, ORS Ile-de-France.
- [21] Jauffret-Roustide M., Couturier E., Le Strat Y. & al. Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. BEH, 2006 ; n° 33 : pp. 244-247.
- [22] Inserm U943. Retour d'Informations Clinico-Épidémiologiques. COREVIH Ile-de-France, octobre 2010.
- [23] Delpierre C., Dray-Spira R., Cuzin L. & al. Correlates of late HIV diagnosis: implications for testing policy. International Journal of STD & AIDS, 2007 ; 18 (5) : pp. 312-317.
- [24] Calvez M., Fierro F., Laporte A. & al. Le recours tardif aux soins des personnes séropositives pour le VIH - Modalités d'accès et contextes socioculturels. Rapport de l'InVS, janvier 2006 : 36 p.
- [25] Delpierre C., Cuzin L., Lert F. Routine testing to reduce late HIV diagnosis in France. British Medical Journal, 2007 ; 334 : pp. 1354-1356.
- [26] Conseil national du sida. Rapport suivi de recommandations sur l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France. CNS, novembre 2006.
- [27] Haute autorité de santé. Dépistage de l'infection par le VIH en France. Modalités de réalisation des tests de dépistage. Argumentaire. Rapport de l'HAS, octobre 2008 : 196 p.
- [28] Haute autorité de santé. Dépistage de l'infection par le VIH en France. Stratégies et dispositif de dépistage. Argumentaire. Rapport de l'HAS, octobre 2009 : 235 p.
- [29] Lert F., Pialoux G. Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST. Rapport Mission RDRs, décembre 2009 : 237 p.
- [30] Lert F., Lydié N., Richard J.-B. Les médecins généralistes face au dépistage du VIH : nouveaux enjeux, nouvelles pratiques ? In Gautier A. (dir.). Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, décembre 2010 : à paraître.
- [31] Champenois K., Le Gall J.-M., Vermoesen S & al. Community-based HIV testing in a non-medical setting for men who have sex with men (MSM). Intermediate results of a pilot project: ANRS - COM*TEST. XVIII International AIDS Conference, July 18-23 2010.
- [32] Ministère de la Santé et des Sports. Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014. Rapport du Ministère, novembre 2010 : 261 p.
- [33] Avis conjoint du Conseil national du sida et de la Conférence nationale de santé relatif au Plan national de lutte contre le VIH/sida - IST 2010-2014. Avis adopté par le Conseil national du sida et le bureau de la Conférence nationale de santé le 17 juin 2010 : 19 p.

Ce Bulletin a été réalisé par Sandrine Halfen, Isabelle Grémy, ORS Ile-de-France et Élodie Aïna, INPES