

Journée mondiale du sida, 1^{er} décembre 2017
// World AIDS Day, December 1, 2017

Coordination scientifique // Scientific coordination

Florence Lot, Santé publique France, Saint-Maurice, France

Et pour le Comité de rédaction du BEH : **Françoise Hamers, Hélène Therre & Sophie Vaux**, Santé publique France, Saint-Maurice, France

SOMMAIRE // Contents

ÉDITORIAL // Editorial

Dépistage et prévention : les défis
du contrôle de l'épidémie de l'infection
par le VIH en France
// Screening and prevention: HIV infection
epidemics and the challenges of its control
in Francep. 594

Anne Simon & Eric Billaud

ARTICLE // Article

Co-infections par les IST lors de la découverte
de la séropositivité VIH, France, 2012-2016
// STI co-infections at HIV diagnosis,
France, 2012-2016p. 596

Florence Lot et coll.

Santé publique France, Saint-Maurice, France

ARTICLE // Article

Dépistage de l'infection par le VIH
en France en 2016
// HIV testing in France, 2016.....p. 601

Françoise Cazein et coll.

Santé publique France, Saint-Maurice, France

ARTICLE // Article

Infections VIH et VHB parmi les Afro-
Caribéens d'Île-de-France : des prévalences
élevées et des dépistages insuffisants
// HIV and HBV infections among
Afro-Caribbeans living in the greater Paris area:
high prevalence and very poor screeningp. 609

Christine Larsen et coll.

Santé publique France, Saint Maurice, France

ARTICLE // Article

Campagne sur la prévention diversifiée
auprès des hommes ayant des rapports
sexuels avec des hommes réalisée
en France métropolitaine en 2016 :
description d'une démarche innovante
et éléments de bilan
// Campaign on combined prevention for men
who have sex with men in metropolitan France
in 2016: description of an innovate approach
and appraisal elementsp. 617

Nathalie Lydié et coll.

Santé publique France, Saint-Maurice, France

(Suite page 594)

La reproduction (totale ou partielle) du BEH est soumise à l'accord préalable de Santé publique France. Conformément à l'article L. 122-5 du code de la propriété intellectuelle, les courtes citations ne sont pas soumises à autorisation préalable, sous réserve que soient indiqués clairement le nom de l'auteur et la source, et qu'elles ne portent pas atteinte à l'intégrité et à l'esprit de l'oeuvre. Les atteintes au droit d'auteur attaché au BEH sont passibles d'un contentieux devant la juridiction compétente.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <http://invs.santepubliquefrance.fr>

Directeur de la publication : François Bourdillon, directeur général de Santé publique France
Rédactrice en chef : Judith Benrekassa, Santé publique France, redaction@santepubliquefrance.fr
Rédactrice en chef adjointe : Jocelyne Rajnchapel-Messaï
Secrétaire de rédaction : Farida Mihoub
Comité de rédaction : Juliette Bloch, Anses; Sandrine Danet, HCAAM; Cécile Durand/Damién Moully, Cire Occitanie; Mounia El Yamani, Santé publique France; Bertrand Gagnière, Cire Ouest; Isabelle Grémy, ORS Île-de-France; Romain Guignard, Santé publique France; Françoise Hamers, Santé publique France; Nathalie Jourdan-Da Silva, Santé publique France; Valérie Ollé, Santé publique France; Sylvie Rey, Drees; Hélène Therre, Santé publique France; Stéphanie Toutain, Université Paris Descartes; Philippe Tuppin, CnamTS; Sophie Vaux, Santé publique France; Agnès Verrier, Santé publique France; Isabelle Villena, CHU Reims.
Santé publique France - Site Internet : <http://www.santepubliquefrance.fr>
Préresse : Jouve
ISSN : 1953-8030

Contexte et perceptions sociales du don de sang chez des donneurs trouvés positifs pour le VIH en France // Context and social perceptions of blood donation in donors found positive for human immunodeficiency virus in France.....p. 623

Josiane Pillonel et coll.

Santé publique France, Saint-Maurice, France

e-DO : bilan du déploiement de l'application de déclaration en ligne pour l'infection par le VIH et le sida // Review of the deployment of the e-DO online reporting tool for HIV and AIDS infectionp. 630

Julien Durand et coll.

Santé publique France, Saint-Maurice, France

ÉDITORIAL // Editorial

DÉPISTAGE ET PRÉVENTION : LES DÉFIS DU CONTRÔLE DE L'ÉPIDÉMIE DE L'INFECTION PAR LE VIH EN FRANCE

// SCREENING AND PREVENTION: HIV INFECTION EPIDEMICS AND THE CHALLENGES OF ITS CONTROL IN FRANCE

Anne Simon¹ & Eric Billaud²

¹ CHU Pitié-Salpêtrière, AP-HP, Paris, France ; Présidente de la Société française de lutte contre le sida

² Hôtel-Dieu, CHU de Nantes, France ; Président du COREVIH Pays de la Loire

Le contrôle de l'épidémie de sida passe, selon l'Onu-sida, par l'objectif des 90-90-90 : « À l'horizon 2020, 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique. À l'horizon 2020, 90% de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement anti rétroviral durable. À l'horizon 2020, 90% des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement supprimée »¹.

L'étude de la cascade de la prise en charge du VIH en France² nous démontre l'importance de poursuivre et améliorer les stratégies de dépistage pour atteindre la première marche qui, dans notre pays, était estimée en 2013 à 84% de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) connaissant leur séropositivité ; les deux objectifs suivants (accès au soin, efficacité du traitement) sont déjà atteints. L'épidémie cachée reste donc importante, autour de 25 000 PVVIH non diagnostiquées, et elle est concentrée chez les hommes (70%) et dans deux populations : les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) (40%) et les personnes hétérosexuelles d'origine étrangère (migrants originaires d'Afrique subsaharienne pour la plupart) (40%). Cette surreprésentation se retrouve dans les chiffres de découvertes des infections à VIH depuis 2003, date de mise en place de la déclaration obligatoire du VIH, et ces deux populations sont particulièrement ciblées depuis 2011 dans le cadre des dépistages communautaires par tests rapides d'orientation diagnostique (TROD), dont les données viennent compléter celles recueillies auprès des laboratoires d'analyses médicales (Françoise Cazein et coll.).

Une bonne connaissance de ces deux populations est primordiale, et l'approche préventive au sein de chacune présente des différences importantes.

Les HSH se reconnaissent, pour certains, comme appartenant à une communauté dont les pratiques

sexuelles sont à risque. L'enquête Prevagay 2015³ illustre très bien chez les hommes fréquentant les lieux de convivialité gay en France. Cette reconnaissance devrait faciliter le dépistage au sein de cette population particulière. Cependant, l'étude de Josiane Pillonel et coll. sur les donneurs de sang, dont ont été longtemps exclus les HSH en raison de ces pratiques à risque, montre que les donneurs trouvés positifs pour le VIH à l'occasion du don n'avaient pas toujours bien évalué leurs comportements à risque. Cette étude met en exergue encore le poids de la stigmatisation de la population gay, ou de la crainte de cette stigmatisation, qui sont des facteurs connus par ailleurs pour limiter la démarche de dépistage.

Pour promouvoir la prévention dans la population HSH, Santé publique France a mené en novembre 2016 une campagne dans l'espace public afin de toucher l'ensemble des HSH, et pas seulement ceux qui fréquentent les lieux communautaires, ces derniers connaissant à 90% leur statut sérologique. Cette campagne a été un succès au regard du nombre de visites sur le site de prévention de Santé publique France sexosafe.fr, qui présente l'ensemble des outils de prévention disponibles (260 000 visiteurs uniques en novembre – décembre 2016, voir l'article de Nathalie Lydié et coll.). Mais pendant cette campagne, les médias ont peu relayé les messages de prévention, se focalisant sur le débat suscité par la visibilité accordée aux HSH dans l'espace public, soulignant ainsi l'évolution du regard de la société sur les gays ainsi que la persistance de réactions homophobes.

Dans la population des migrants, après l'enquête Parcours⁴ qui a mis en évidence qu'entre 35% et 50% des migrants d'Afrique subsaharienne vivant avec le VIH ont été contaminés après leur arrivée en France, et particulièrement ceux vivant en situation de précarité,

l'enquête transversale AfroBaromètre 2016 renforce nos connaissances sur les comportements sexuels et préventifs des populations afro-caribéennes vivant en Île-de-France et sur les prévalences de l'infection VIH ou VHB dans ces populations (Christine Larsen et coll.). Cette enquête montre combien il est nécessaire de s'adapter aux personnes qui ne se reconnaissent pas comme appartenant à une communauté exposée, comme le prouve le chiffre de 77% de personnes infectées par le virus de l'hépatite B qui l'ignoraient et qui, pour 26% d'entre elles, présentaient des facteurs de vulnérabilité sociale.

Une stratégie d'approche populationnelle entraîne des changements dans l'organisation de la prévention et du dépistage de l'infection à VIH et doit mobiliser tous les intervenants, en particulier associatifs, pour atteindre les objectifs de l'Onusida. Le dépistage de l'infection à VIH doit par ailleurs être proposé dans une approche globale de santé sexuelle, s'appuyant sur la stratégie nationale de santé sexuelle récemment publiée⁵, notamment dans ses axes II (« *Améliorer le parcours de santé en matière d'IST : prévention, dépistage, prise en charge* ») et IV (« *Répondre aux besoins des populations vulnérables* »). Le dépistage de l'infection à VIH doit être combiné à celui des IST et renouvelé dans les populations exposées. L'article de Florence Lot et coll. montre bien l'importance de ce dépistage combiné, notamment chez les HSH, au vu de la fréquence des co-infections par les IST chez les personnes découvrant leur séropositivité VIH. Le dépistage des hépatites est également un axe de prise en charge globale de la santé sexuelle, particulièrement dans la population des migrants dans laquelle on note des taux de prévalence du VHB importants. Ce dépistage combiné devrait être promu et soutenu auprès des associations, en particulier par la pratique des TRODs VIH et VHC disponibles actuellement. Ceci rappelle l'importance d'autoriser rapidement les TRODs VHB dans une approche de dépistage combiné des trois virus, comme recommandé par la Haute Autorité de santé en juillet 2016⁶. Plus généralement, l'approche de la santé sexuelle des migrants passe sans doute par une approche plus globale de leur santé. Le dépistage doit être promu dans des actions diversifiées et ciblées dans une approche globale de prévention et de prise en charge en santé. Cette prise en charge globale peut être facilitée par la médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique, qui constituent des outils d'amélioration de l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en permettant la prise en compte de leurs spécificités. Ceci suppose une promotion de l'estime de soi, du respect de l'autre et de l'image du corps débutant dès le plus jeune âge.

La lutte contre le VIH et les IST reste un enjeu de santé publique en France, bien démontré par les chiffres de dépistage publiés dans ce numéro. Elle nécessite la mobilisation de tous les acteurs concernés, qu'ils soient soignants, associatifs ou de la société civile, et de sortir d'une approche par pathologie pour privilégier une approche holistique et populationnelle. Elle nécessite aussi la poursuite des travaux permettant la connaissance de l'épidémiologie de l'infection à VIH en France. Elle bénéficie maintenant d'un dispositif de déclaration obligatoire moderne (e-DO) auquel les déclarants adhèrent de plus en plus, comme le montre le travail de Julien Durand et coll., avec déjà 63% de déclarations obligatoires réalisées par voie électronique. À l'ère des big data, notre système de recueil épidémiologique est confronté à un défi qu'il convient de relever afin de se doter des outils indispensables pour penser nos organisations et mettre fin à cette épidémie. ■

Références

- [1] 90-90-90 : Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida. Genève: ONUSIDA, 2014. 38 p. <http://www.unaids.org/fr/resources/documents/2014/90-90-90>
- [2] Supervie V. Données épidémiologiques VIH récentes en France. Communication au XVII^e congrès de la Société française de lutte contre le sida, Montpellier, 6-7 octobre 2016. <http://sfls.aei.fr/ckfinder/userfiles/files/Formations/Journees Nationales/2016/presentations/VIRGINIE-SUPERVIE.pdf>
- [3] Velter A, Sauvage C, Saboni L, Sommen C, Alexandre A, Lydié N, et al. Estimation de la prévalence du VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes fréquentant les lieux de convivialité gay de cinq villes françaises – PREVAGAY 2015. Bull Epidémiol Hebd. 2017;(18):347-54. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=13412
- [4] Desgrées-du-Loû A, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, Supervie V, Panjo H, et al. Sub-Saharan African migrants living with HIV acquired after migration, France, ANRS PARCOURS study, 2012 to 2013. Euro Surveill. 2015;20(46).
- [5] Stratégie nationale de santé sexuelle. Agenda 2017-2030. Paris: Ministère des Affaires sociales et de la Santé; 2017. 75 p. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
- [6] Haute Autorité de santé. Recommandation de santé publique. Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite B. Saint-Denis: HAS; 2016. 118 p. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2063232/fr/place-des-tests-rapides-d-orientation-diagnostique-trod-dans-la-strategie-de-depistage-de-l-hepatite-b

Citer cet article

Simon A, Billaud E. Éditorial. Dépistage et prévention : les défis du contrôle de l'épidémie de l'infection par le VIH en France. Bull Epidémiol Hebd. 2017;(29-30):594-5. http://invs.sante-publiquefrance.fr/beh/2017/29-30/2017_29-30_0.htm

CO-INFECTIONS PAR LES IST LORS DE LA DÉCOUVERTE DE LA SÉROPOSITIVITÉ VIH, FRANCE, 2012-2016

// STI CO-INFECTIONS AT HIV DIAGNOSIS, FRANCE, 2012-2016

Florence Lot (florence.lot@santepubliquefrance.fr), Françoise Cazein, Josiane Pillonel, Ndeindo Ndeikoundam

Santé publique France, Saint-Maurice, France

Soumis le 08.09.2017 // Date of submission: 09.08.2017

Résumé // Abstract

Dans un contexte d'augmentation des infections sexuellement transmissibles (IST), l'objectif de cet article est d'analyser la fréquence des co-infections par les IST chez les personnes ayant découvert leur séropositivité VIH entre 2012 et 2016.

Depuis 2012, la déclaration obligatoire du VIH recueille l'information sur quatre IST bactériennes chez les adultes de 15 ans et plus : syphilis, gonococcie et infections à *Chlamydia trachomatis*, dont la lymphogranulomatose vénérienne rectale (LGV). Ces IST doivent être déclarées si elles ont été diagnostiquées de façon concomitante à la découverte de la séropositivité VIH ou dans les 12 derniers mois précédant cette découverte (définies en tant que co-infections IST/VIH).

Sur la période 2012-2016, l'information sur une éventuelle IST était disponible pour 12 588 découvertes de séropositivité chez les adultes, soit 52% des découvertes. La fréquence des co-infections IST/VIH était globalement de 14,6%, mais était plus élevée chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) (26,5%) que chez les hétérosexuels (5,2%) ou les usagers de drogues injectables (7,2%). La fréquence des co-infections a significativement augmenté au cours du temps, passant de 12,7% en 2012 à 17,5% en 2016. L'augmentation était également significative chez les HSH (de 22,1% à 30,9%). La syphilis était l'IST la plus fréquemment diagnostiquée au moment de la découverte de séropositivité VIH ou dans les 12 mois précédents, tout particulièrement chez les HSH.

Au total, les co-infections IST/VIH ont augmenté depuis 2012 et concernent près d'un tiers des HSH ayant découvert leur séropositivité en 2016. Ces résultats soulignent l'importance de combiner le dépistage du VIH à celui des autres IST, comme recommandé en France. Dans le contexte actuel de la prévention diversifiée vis-à-vis du VIH, où le préservatif n'est plus la seule stratégie de prévention, il est particulièrement important de répéter de façon régulière le dépistage des IST pour traiter rapidement les patients et leurs partenaires.

In the context of increasing STI, the aim of this article was to analyze the frequency of bacterial STI in people newly diagnosed for HIV between 2012 and 2016.

Since 2012, mandatory reporting of HIV infection in France has collected information on four bacterial STI (syphilis, gonorrhoea, chlamydial infection including rectal lymphogranuloma venereum – LGV) in adults (≥15 years old). These STI have to be reported if they are concurrently diagnosed at the time of HIV diagnosis or diagnosed in the previous 12 months before HIV diagnosis (defined as STI/HIV co-infections).

Information on STI diagnoses was available for 12,588 new HIV diagnoses in adults during the period 2012-2016 (52% of all new HIV diagnoses). Frequency of STI/HIV co-infections was 14.6% overall, more frequent in men having sex with men (MSM) (26.5%) than in heterosexuals (5.2%) and in injecting drug users (7.2%). These co-infections have significantly risen over time, from 12.7% in 2012 to 17.5% in 2016, with a significant increase in MSM, from 22.1% to 30.9%. Syphilis was the most frequent STI diagnosed at HIV diagnosis or in the previous 12 months, particularly in MSM.

STI/HIV co-infections have increased overtime and affect almost one third of MSM newly diagnosed with HIV in 2016. These results underline the importance of offering an HIV test to patients presenting with a STI and to test HIV-infected patients for STIs, as recommended in France. In a context of diversified prevention for HIV, where condom use is no longer the only strategy, STI repeated screening is particularly important to treat rapidly patients and their partners.

Mots-clés : IST, VIH, Co-infection, Surveillance, Déclaration obligatoire, France
// Keywords: STI, HIV, Co-infection, Surveillance, Mandatory Reporting, France

Introduction

Suite aux campagnes de prévention du sida dans les années 1980 et au début des années 1990, l'incidence de la gonococcie, de la syphilis et des autres infections sexuellement transmissibles (IST) d'origine bactériennes avait chuté dans plusieurs pays d'Europe de l'Ouest, dont la France¹. La fin des années 1990 et le début des années 2000 ont vu une recrudescence des IST, ainsi que la réapparition de certaines jusque-là quasiment éradiquées dans la plupart des pays occidentaux, en lien avec une recrudescence des comportements à risque^{1,2}.

Les IST augmentent considérablement le risque de contamination par le VIH, en majorant la susceptibilité de la personne exposée, mais aussi l'infectiosité d'une personne séropositive³. La présence d'une IST chez une personne exposée augmente sa susceptibilité au VIH, par divers mécanismes que sont la présence d'ulcères génitaux ou l'inflammation locale. La présence d'une IST chez une personne séropositive, notamment chez l'homme, augmente la quantité de virus dans les sécrétions génitales et donc le risque de contamination de ses partenaires par le VIH.

Les IST peuvent également avoir de fortes répercussions sur la santé, alors qu'elles peuvent être le plus souvent guéries par un traitement antibiotique adapté.

C'est pourquoi les recommandations sont de proposer un dépistage du VIH devant tout diagnostic d'une IST^{4,5} et, inversement, de rechercher une IST lors de la découverte d'une séropositivité VIH^{6,7}.

L'objectif de cet article est d'analyser la fréquence des IST bactériennes chez les personnes ayant découvert leur séropositivité VIH entre 2012 et 2016, à partir des données de la déclaration obligatoire (DO) de l'infection à VIH.

Méthodes

La DO du VIH a été mise en place en 2003, avec pour objectifs de connaître le nombre et les caractéristiques des personnes découvrant leur séropositivité VIH afin d'orienter les actions de prévention, de dépistage et de prise en charge, et d'apporter des éléments permettant leur évaluation.

La DO du VIH est basée sur une déclaration conjointe du biologiste ayant confirmé le diagnostic d'infection à VIH et du clinicien prescripteur du test. La DO a longtemps été basée sur la transmission de formulaires papier aux médecins de santé publique des Agences régionales de santé (ARS), qui les transmettaient ensuite à Santé publique France. Depuis avril 2016, la déclaration doit se faire en ligne, via l'application e-DO⁸, grâce à l'utilisation d'une carte de professionnel de santé (CPS). L'application permet de saisir et d'envoyer les DO du VIH et du sida simultanément aux autorités sanitaires, régionales comme nationale.

En 2012, le formulaire de DO du VIH concernant les adultes (15 ans et plus) a été complété par l'ajout de l'information sur un diagnostic éventuel, au moment

de la découverte de la séropositivité VIH ou dans les 12 mois précédents, d'une IST bactérienne : syphilis quel qu'en soit le stade, gonococcie, infection à *Chlamydia trachomatis*, dont la lymphogranulomatose vénérienne rectale (LGV). Dans la suite de l'article, elles sont qualifiées de co-infections IST/VIH.

La fréquence des co-infections IST/VIH a été calculée en rapportant le nombre d'IST au nombre de découvertes de séropositivité, en fonction du sexe, du mode de contamination par le VIH, de l'âge, de l'année de diagnostic de l'infection à VIH et de la nature de l'IST diagnostiquée. Chez les hommes ayant été contaminés par le VIH lors de rapports sexuels avec des hommes et chez les personnes contaminées par rapports hétérosexuels, la fréquence des co-infections a également été analysée en fonction du lieu de naissance (France vs étranger). L'effectif des usagers de drogues injectables (UDI) était par contre trop faible pour réaliser cette stratification.

Les données présentées ici sont des données brutes, non corrigées pour la sous-déclaration, les délais de déclaration ou les valeurs manquantes. En effet, en raison d'un recul insuffisant depuis l'introduction de la variable sur la co-infection par une IST, cette variable n'a pour l'instant pas été corrigée pour ces trois facteurs.

Résultats

Au 30 juin 2017, 24 301 infections à VIH concernant des adultes de 15 ans et plus, diagnostiqués entre 2012 et 2016, ont été déclarées à Santé publique France. Ces découvertes de séropositivité concernaient 28% d'hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH), 18% de femmes hétérosexuelles, 15% d'hommes hétérosexuels et 1% d'UDI. Le mode de contamination était inconnu pour 38% des cas.

Parmi ces cas, l'information sur une éventuelle IST était présente pour 12 588 d'entre eux, soit 52%. Cette proportion différait selon le mode de contamination du VIH : elle était de 82% chez les HSH (85% chez ceux nés en France et 72% chez ceux nés à l'étranger⁽¹⁾), de 75% chez les hétérosexuels (78% chez ceux nés en France et 73% chez ceux nés à l'étranger⁽²⁾) et de 60% chez les UDI. En revanche, la proportion de cas renseignés était très faible (12%) chez les personnes dont le mode de contamination était inconnu.

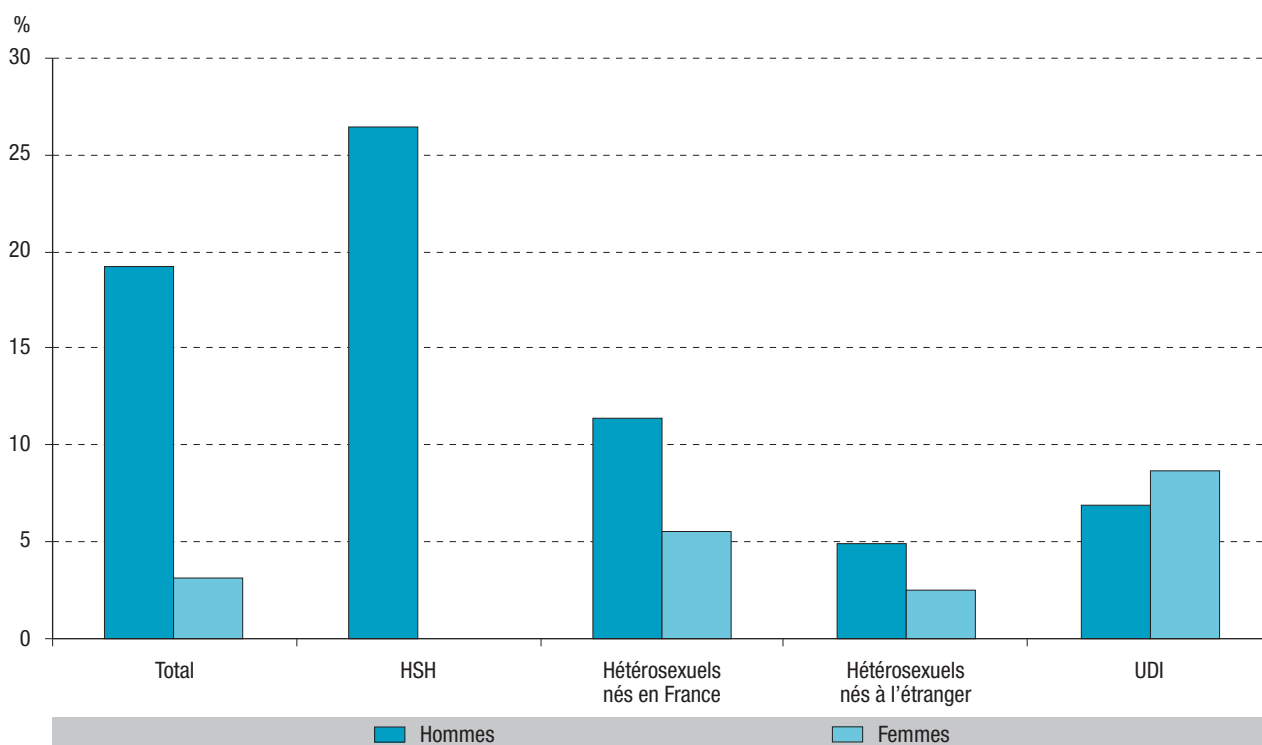
Parmi les cas pour lesquels l'information était disponible, la fréquence des co-infections IST/VIH était de 14,6% (1 837/12 588). Parmi les hétérosexuels, la fréquence était supérieure chez les hommes par rapport aux femmes (7,4% vs 3,2%). Elle était également plus élevée chez les HSH (26,5%) que chez les hétérosexuels nés en France (9,0%) ou à l'étranger (3,5%) et que chez les UDI (7,2%) (figure 1 et tableau 1).

⁽¹⁾ Les lieux de naissance des HSH nés à l'étranger se répartissaient ainsi : continent américain (32%), Europe (22%), Afrique subsaharienne (20%), Afrique du Nord (14%), Asie (12%).

⁽²⁾ Dont plus des trois quarts sont nés en Afrique subsaharienne.

Figure 1

Fréquence des co-infections IST/VIH chez les adultes, par mode de contamination du VIH et par sexe, France, 2012-2016



IST : infections sexuellement transmissibles ; HSH : hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes ; UDI : usagers de drogues injectables.

Tableau 1

Fréquence des co-infections IST/VIH chez les adultes, par mode de contamination du VIH et lieu de naissance, France, 2012-2016

Co-infection IST/VIH	Mode de contamination										Total
	HSH				Hétérosexuels				UDI	Inconnu / Autres	
	Lieu de naissance				Lieu de naissance						
	France	Étranger	Inconnu	Total	France	Étranger	Inconnu	Total			
	N=4 367	N=879	N=186	N=5 432	N=1 763	N=4 068	N=193	N=6 024	N=139	N=993	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Oui	26,4	25,4	33,3	26,5	9,0	3,5	6,2	5,2	7,2	7,8	14,6
Non	73,6	74,6	66,7	73,5	91,0	96,5	93,8	94,8	92,8	92,3	85,4

IST : infections sexuellement transmissibles ; HSH : hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes ; UDI : usagers de drogues injectables.

Les classes d'âge les plus touchées par les co-infections IST/VIH étaient les 15-24 ans et les 25-34 ans chez les hétérosexuels nés en France (avec des fréquences respectives de 14,1% et 11,4%), et les 15-24 ans chez les hétérosexuels et les HSH nés à l'étranger (respectivement 6,0% et 28,5%). Chez les HSH nés en France, la fréquence de co-infections la plus importante était observée chez les 25-34 ans (29,8%).

La fréquence des co-infections IST/VIH a significativement augmenté au cours du temps, passant de 12,7% en 2012 à 17,5% en 2016 ($p < 10^{-4}$). Par groupe de transmission, cette augmentation n'était significative que chez les HSH, de 22,1% à 30,9% ($p < 10^{-4}$), qu'ils soient nés en France ou l'étranger (figure 2).

La syphilis était l'IST la plus fréquemment diagnostiquée au moment de la découverte de la séropositivité VIH ou dans les 12 mois précédents (tableau 2),

et elle concernait tout particulièrement les HSH (20,3% de co-infections syphilis/VIH). Les hommes hétérosexuels étaient plus fréquemment co-infectés par une syphilis ou une gonococcie que les femmes hétérosexuelles, tandis que les femmes étaient plus souvent co-infectées par une infection à *Chlamydia trachomatis*. La LGV rectale n'était diagnostiquée que chez les HSH.

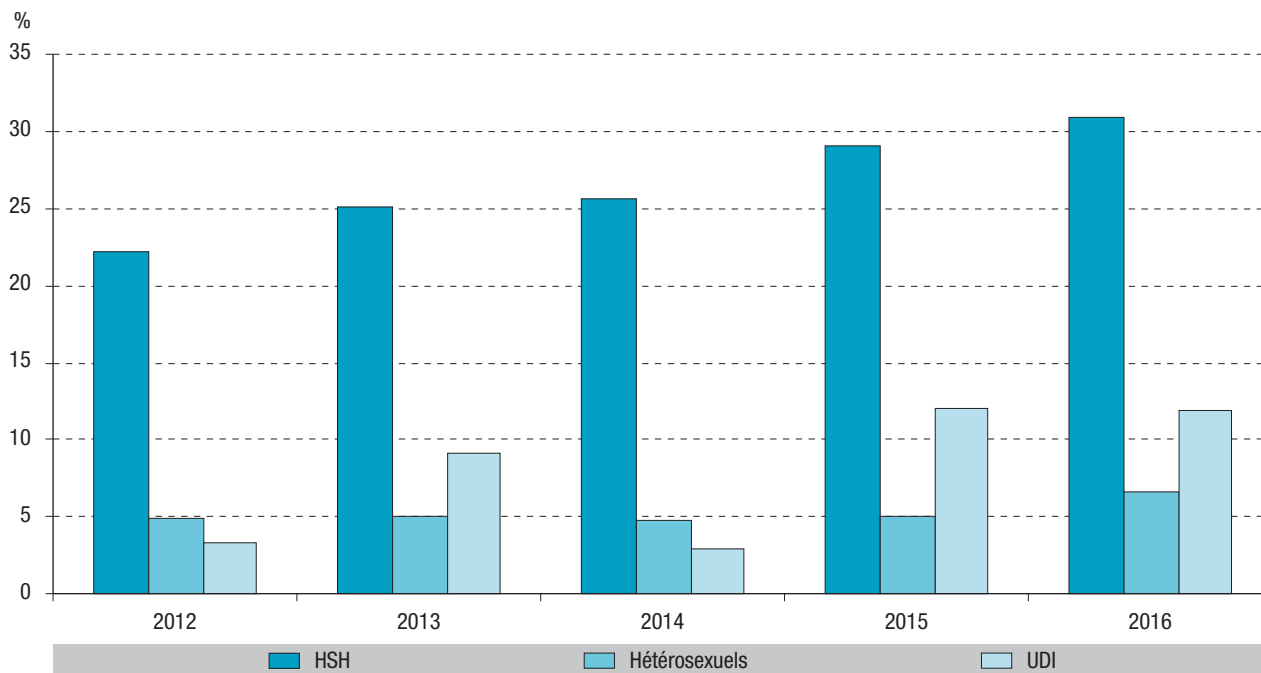
Discussion

Les données présentées dans cet article ne portent pas sur la totalité des personnes ayant découvert leur séropositivité VIH entre 2012 et 2016, en raison de la non-prise en compte de la sous-déclaration. En 2015⁽³⁾,

⁽³⁾ L'estimation de la sous-déclaration est en cours de calcul pour l'année 2016.

Figure 2

Fréquence des co-infections IST/VIH chez les adultes, par année de diagnostic de l'infection à VIH et mode de contamination du VIH, France, 2012-2016



IST : infections sexuellement transmissibles ; HSH : hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes ; UDI : usagers de drogues injectables.

Tableau 2

Fréquence des co-infections IST/VIH chez les adultes, par IST et mode de contamination du VIH, France, 2012-2016

	HSH N=5 432	Hommes hétérosexuels N=2 737	Femmes hétérosexuelles N=3 287	UDI N=139	Inconnu / autres N=993	Total N=12 588
	%	%	%	%	%	%
Syphilis	20,3	5,9	1,3	5,0	5,2	10,8
Gonococcie	4,4	0,9	0,2	0,0	1,7	2,3
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	3,6	0,9	1,7	2,2	1,5	2,4
LGV rectale	0,4	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2

IST : infections sexuellement transmissibles ; LGV : lymphogranulomatose vénérienne rectale ; HSH : hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes ; UDI : usagers de drogues injectables.

32% des découvertes de séropositivité n'avaient pas été déclarées par les biologistes et 58% ne l'avaient pas été par les cliniciens. Le fait que plus d'un quart des découvertes n'aient été notifiées que par les biologistes engendre, de plus, une proportion importante de données manquantes sur les variables renseignées par les cliniciens, telles que le mode de contamination ou un diagnostic d'IST. Ceci explique que la donnée sur les co-infections IST/VIH soit très peu renseignée pour les découvertes de séropositivité concernant des personnes dont le mode de contamination est inconnu. Par contre, lorsque la DO a été adressée par le clinicien, l'information sur les IST est le plus souvent disponible, plus fréquemment chez les HSH que chez les hétérosexuels, et plus fréquemment chez les personnes nées en France que chez celles nées à l'étranger. À noter que l'information était moins souvent renseignée chez les UDI, alors qu'il s'agit d'une population potentiellement exposée à des rapports sexuels non protégés, de par

sa situation de précarité et de rapports fréquents en échanges d'argent ou de drogues chez les femmes⁹.

Une autre limite de cette analyse est celle de l'impossibilité de distinguer une IST concomitante à la découverte de l'infection à VIH d'un antécédent d'IST sur l'année passée. S'il s'agit d'une IST diagnostiquée dans l'année précédant la découverte de la séropositivité et si le diagnostic de l'IST avait donné lieu à un contrôle de la séronégativité VIH, l'infection à VIH résulte alors de l'absence d'adoption de modes de protection après le diagnostic de l'IST.

Ces données de surveillance du VIH sont intéressantes dans la mesure où elles corroborent les tendances observées dans la surveillance des IST : le poids des IST chez les HSH, l'augmentation de l'incidence des IST, en particulier chez les HSH, et le fait que, chez les hétérosexuels, les jeunes soient particulièrement concernés¹⁰. Les données du réseau de cliniciens volontaires RésIST montrent également

que les personnes diagnostiquées pour une IST, et notamment les HSH, sont fréquemment co-infectées par le VIH¹⁰. Ainsi, 25% des HSH diagnostiqués en 2015 pour une syphilis récente étaient co-infectés par le VIH, 23% étant des séropositivité connues et 2% ayant été découvertes à l'occasion du diagnostic de la syphilis. Ces données reflètent une utilisation insuffisante du préservatif chez les séropositifs, le plus souvent traités par antirétroviraux, traitement qui permet de rendre quasi nul le risque de transmission du VIH à leurs partenaires (*Treatment as prevention* – TasP), mais ne les protège pas des autres IST.

La co-infection IST/VIH la plus fréquente dans notre analyse est celle concernant la syphilis. C'est également ce qui est retrouvé chez les HSH en Espagne, dans l'analyse d'un réseau de surveillance du VIH¹¹. Ceci pourrait s'expliquer par la forme clinique de la syphilis, qui provoque une ulcération au stade primaire (chancre syphilitique) et favorise la transmission du VIH. Par ailleurs, cette IST est le plus souvent symptomatique, ce qui augmente la probabilité qu'elle soit diagnostiquée. Enfin, la syphilis a longtemps été la seule IST bactérienne dont le dépistage était préconisé dans le bilan paraclinique initial d'un adulte infecté par le VIH¹². Depuis mai 2017, les recommandations de dépistage des IST bactériennes ont été élargies aux infections à *Chlamydia trachomatis* et à gonocoque chez les HSH et les sujets à partenaires multiples, sans pour autant les préconiser pour l'ensemble des personnes découvrant leur séropositivité⁷.

Conclusion

Au total, la fréquence des co-infections IST/VIH a augmenté depuis 2012. Elles touchent près d'un tiers des HSH ayant découvert leur séropositivité VIH en 2016 et sont le plus souvent des co-infections par la syphilis. Ces résultats soulignent l'importance de proposer un test de dépistage du VIH aux patients diagnostiqués pour une IST et, inversement, de rechercher une IST chez tout patient découvrant sa séropositivité VIH. Dans le contexte actuel de la prévention combinée vis-à-vis du VIH, où le préservatif n'est plus la seule stratégie de prévention, il est également important de répéter de façon régulière le dépistage des IST en cas de rapports sexuels non protégés, pour traiter rapidement les patients et leurs partenaires. ■

Remerciements

Nous remercions l'ensemble des biologistes et des cliniciens qui participent à la déclaration obligatoire du VIH.

Références

[1] Nicoll A, Hamers FF. Are trends in HIV, gonorrhoea, and syphilis worsening in Western Europe? *BMJ* 2002;324:1324-7.

[2] La Ruche G, Goulet V, Bouyssou A, Sednaoui P, de Barbeyrac B, Dupin N, *et al.* Epidémiologie actuelle des infections sexuellement transmissibles bactériennes en France. *Presse Med.* 2013;42:432-9.

[3] Cohen MS. Thomas Parran Award Lecture: Transmission and prevention of transmission of HIV-1. *Sex Transm Dis.* 2006;33(6):338-41.

[4] Dépistage et prévention. In: Morlat P. (Dir). *Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts – Rapport 2013.* Paris: La Documentation Française; 2013. p. 57-76. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/catalogue/9782110095633/index.shtml>

[5] Haute Autorité de santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017. 305 p. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2024411/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-de-l-infection-a-vih-en-france

[6] Section MST/sida de la Société française de dermatologie. *Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les maladies sexuellement transmissibles.* Février 2016. [http://www.sfdermato.org/media/image/upload-editor/files/Guide_lines%202016\(1\).pdf](http://www.sfdermato.org/media/image/upload-editor/files/Guide_lines%202016(1).pdf)

[7] Initiation d'un premier traitement antirétroviral. In : *Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH – Recommandations du groupe d'experts*, sous la direction du Pr Philippe Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ANRS. Actualisation Octobre 2017. 28 p. https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2017/01/experts-vih_initiation.pdf

[8] Durand J, Cazein F, Lucas E, Saillant J, Che D, Lot F, *et al.* e-DO : bilan du déploiement de l'application de déclaration en ligne pour l'infection par le VIH et le sida. *Bull Epidémiol Hebd.* 2017;(29-30):630-1. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/29-30/2017_29-30_6.htm

[9] Jauffret-Roustide M, Oudaya L, Rondy M, Kudawu Y, Le Strat Y, Couturier E, *et al.* Trajectoires de vie et prises de risque chez les femmes usagères de drogues. *Med Sci.* 2008;24:111-21.

[10] Ndeikoundam Ngangro N, Viriot D, Fournet N, de Barbeyrac B, Goubard A, Dupin N, *et al.* Les infections sexuellement transmissibles bactériennes en France : situation en 2015 et évolutions récentes. *Bull Epidémiol Hebd.* 2016 ;(41-42):738-44. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=13182

[11] Diaz A, Junquera ML, Esteban V, Martinez B, Pueyo I, Suarez J, Urena JM, *et al.* HIV/STI co-infection among men who have sex with men in Spain. *Euro Surveill.* 2009;14(48).

[12] Traitement antirétroviral de l'infection à VIH-1 chez l'adulte. In : *Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH – Actualisation 2014 du rapport 2013*, sous la direction du Pr P. Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ANRS. Novembre 2014. p. 13-59. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/experts-vih_actualisations2014.pdf

Citer cet article

Lot F, Cazein F, Pillonel J, Ndeikoundam N. Co-infections par les IST lors de la découverte de la séropositivité VIH, France, 2012-2016. *Bull Epidémiol Hebd.* 2017;(29-30):596-600. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/29-30/2017_29-30_1.htm

DÉPISTAGE DE L'INFECTION PAR LE VIH EN FRANCE EN 2016

// HIV TESTING IN FRANCE, 2016

Françoise Cazein¹ (francoise.cazein@santepubliquefrance.fr), Yann Le Strat¹, Aminata Sarr², Charly Ramus¹, Nadine Bouche², Jean-Christophe Comboroure², Florence Lot¹

¹ Santé publique France, Saint-Maurice, France

² Direction générale de la santé, Paris, France

Soumis le 08.09.2017 // Date of submission: 09.08.2017

Résumé // Abstract

Cet article présente un bilan, actualisé pour 2016, de l'activité de dépistage du VIH en France dans les laboratoires d'analyses médicales (recueil LaboVIH), des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) et des autotests.

En 2016, 5,4 millions [IC95%: 5,34-5,52] de sérologies VIH ont été réalisées, un nombre en augmentation depuis 2014 (+3%, $p=0,001$). Parmi elles, environ 300 000 (6%) ont été effectuées dans un cadre anonyme et gratuit. Le nombre de sérologies VIH confirmées positives était de 10 667 [9 926-11 407], un nombre stable depuis 2007. La proportion de sérologies positives était plus élevée parmi les sérologies anonymes (3,6 pour 1 000 tests) que parmi les non anonymes (1,9 pour 1 000).

Environ 56 300 TROD du VIH ont été réalisés en 2016 par 52 structures associatives ou de prévention retenues dans le dispositif national de dépistage communautaire mis en place depuis cinq ans en France, dont 491 étaient positifs, soit 8,7 pour 1 000 tests.

En 2016, 74 651 autotests VIH ont été vendus en pharmacie.

L'activité de dépistage du VIH en France a légèrement augmenté au cours des deux dernières années, sans accroissement du nombre de sérologies positives. Les dispositifs de dépistage existants sont complémentaires pour concourir à l'objectif de réduction du nombre de personnes infectées non encore diagnostiquées.

This article presents updated data for 2016 on HIV testing in French medical laboratories, from the LaboVIH survey, and data on HIV rapid tests (TROD) performed in 2016 through community screening activities and self-tests.

In 2016, 5.4 million [95%CI: 5.34-5.52] HIV tests were performed. This number has increased (+3%, $p=0.001$) compared to 2014. Of these, around 300,000 (6%) were free anonymous tests. 10,667 [95%CI: 9,926-11,407] HIV tests were confirmed positive, a stable number since 2007. The proportion of HIV positive tests was 3.6 per 1,000 among anonymous tests, more than in confidential testing (1.9 per 1,000).

Approximately 56,300 HIV rapid tests were performed in 2016 by 52 associations authorized to perform the community screening activities, implemented five years ago in France, of which 491 were found positive (8.7 per 1,000 tests).

In 2016, 74,651 HIV self-test screening devices were sold in pharmacies.

HIV screening activity has slightly increased in France over the past two years, with no increase in the number of HIV positive tests. The existing HIV testing modalities are complementary to contribute to reduce the number of infected people still undiagnosed.

Mots-clés : VIH, Surveillance, Dépistage, France

// **Keywords:** HIV, Epidemiological surveillance, Testing, France

Introduction

Les principaux enjeux de santé publique dans la lutte contre le VIH en France sont actuellement le retard au diagnostic^{1,2}, et donc à la prise en charge médicale, ainsi que l'incidence qui reste élevée dans certains groupes de population, notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) et les migrants originaires d'Afrique subsaharienne.

Le dépistage des personnes infectées par le VIH, en permettant le diagnostic précoce et la mise en route

rapide d'un traitement antirétroviral³, apporte à la fois un bénéfice individuel aux personnes diagnostiquées (diminution de la morbidité et de la mortalité) et un bénéfice collectif, le traitement antirétroviral constituant une forme de prévention (concept international du TasP « *Treatment as Prevention* »).

Afin de contribuer à l'évaluation de la politique de dépistage, Santé publique France recueille et publie chaque année les données d'activité de dépistage du VIH en laboratoires d'analyses médicales⁴, complétées par celles des associations ou des structures

de prévention qui réalisent, depuis septembre 2011, un dépistage communautaire par tests rapides d'orientation diagnostique (TROD)⁵, ainsi que par les données de ventes d'autotests VIH, disponibles en France depuis septembre 2015. Cet article décrit l'activité de dépistage du VIH en 2016 en France et son évolution depuis 2003.

Objectifs et méthodes

La surveillance de l'activité de dépistage du VIH en laboratoire (LaboVIH), coordonnée par Santé publique France, a pour objectifs de suivre l'évolution nationale, régionale et si possible départementale du nombre de sérologies VIH réalisées en France et d'estimer l'exhaustivité de la notification obligatoire du VIH. Elle inclut les sérologies anonymes ou non anonymes réalisées par les laboratoires, quel que soit le lieu de prélèvement : ville, hôpital, CeGIDD (Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le VIH, les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles)... Elle inclut également les TROD réalisés dans les laboratoires, mais exclut les sérologies effectuées à l'occasion d'un don de sang (près de 3 millions par an).

Santé publique France sollicite chaque semestre tous les laboratoires d'analyses médicales de France, en ville et à l'hôpital (environ 4 200 sites), pour recueillir le nombre de personnes testées pour le VIH et le nombre de celles qui ont été confirmées positives pour la première fois pour le laboratoire⁽¹⁾. Une même personne est comptée plusieurs fois si elle a réalisé plusieurs sérologies dans l'année. Une sérologie positive n'est comptée qu'une seule fois pour un laboratoire donné, mais plusieurs fois si elle est confirmée positive successivement par plusieurs laboratoires.

Les estimations présentées correspondent à l'activité de l'ensemble des laboratoires, qu'ils aient ou non répondu à LaboVIH. Les nombres de sérologies VIH réalisées et de sérologies positives ont été estimés en considérant que les laboratoires participants constituent un échantillon issu d'un plan de sondage stratifié sur la région et le type de laboratoire (ville ou hôpital). Les médianes des nombres de sérologies ont été préférées aux moyennes pour calculer les poids de sondage, afin de générer des estimations plus robustes au biais de non-participation. Ces poids ont permis d'estimer les valeurs centrales en utilisant un estimateur par prédiction. Les variances des nombres de sérologies réalisées et de sérologies positives ont été calculées en utilisant une méthode de *bootstrap*. Les estimations sont moins fiables ou impossibles à produire pour les zones géographiques qui présentent les plus faibles participations.

Les données analysées sont le nombre de sérologies VIH réalisées, le nombre et le taux de sérologies confirmées positives en 2016 ainsi que leur évolution depuis 2003. Pour comparer les régions

entre elles, le nombre de sérologies est rapporté au nombre d'habitants (estimations Insee actualisées au 17 janvier 2017⁶). Les tendances dans le temps ont été testées par une droite des moindres carrés pondérés par l'inverse de la variance du nombre de sérologies. Le nombre de sérologies positives non anonymes, issu de LaboVIH, est utilisé pour estimer l'exhaustivité de la déclaration obligatoire du VIH, et donc le nombre annuel de découvertes de séropositivité².

Cet article présente également une actualisation des données du dispositif national de dépistage communautaire par TROD VIH, mis en place depuis septembre 2011 et regroupant initialement 60 structures associatives ou de prévention habilitées par les Agences régionales de santé (ARS) et retenues dans le cadre d'un dispositif national de soutien aux activités de dépistage communautaire de l'infection à VIH^{7,8}. L'année 2016 constitue la dernière année de recueil de données pour ce dispositif, avant son élargissement, début 2017, aux TROD de l'hépatite C, aux autotests VIH et à la participation de nouvelles structures associatives.

Les données sont issues des rapports annuels d'activité transmis par ces associations aux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), aux ARS et à la Direction générale de la santé (DGS). Elles portent sur le profil des personnes dépistées et leur orientation en cas de découverte de séropositivité. Ces données agrégées font l'objet d'une analyse annuelle par la DGS pour mesurer l'intérêt du dispositif en termes de santé publique. Ces résultats ne tiennent pas compte des TROD réalisés par d'autres acteurs, hors du cadre de l'appel à projets.

Enfin, un bilan des autotests VIH vendus en 2016 est présenté pour compléter ce descriptif du dépistage du VIH en France. Les données recueillies sont les ventes d'autotests, comptabilisées en sortie de caisse et incluant les ventes en ligne. Ces données sont achetées par Santé publique France à la société IMS Health qui s'appuie, pour réaliser ses estimations, sur un panel recouvrant un peu plus de la moitié des pharmacies.

Résultats

Participation

Pour l'année 2016, 85% (3 572/4 227) des sites de laboratoires d'analyses médicales ont participé à LaboVIH. Cette participation était légèrement inférieure à celle des années précédentes (89%), aussi bien pour les laboratoires hospitaliers (86% en 2016 vs 92% en 2015) que pour les laboratoires de ville (84% en 2016 vs 88% en 2015).

Comme chaque année, la participation variait selon la région (de 73% à 100%) avec, en 2016, une plus grande hétérogénéité par département (de 0% à 100%).

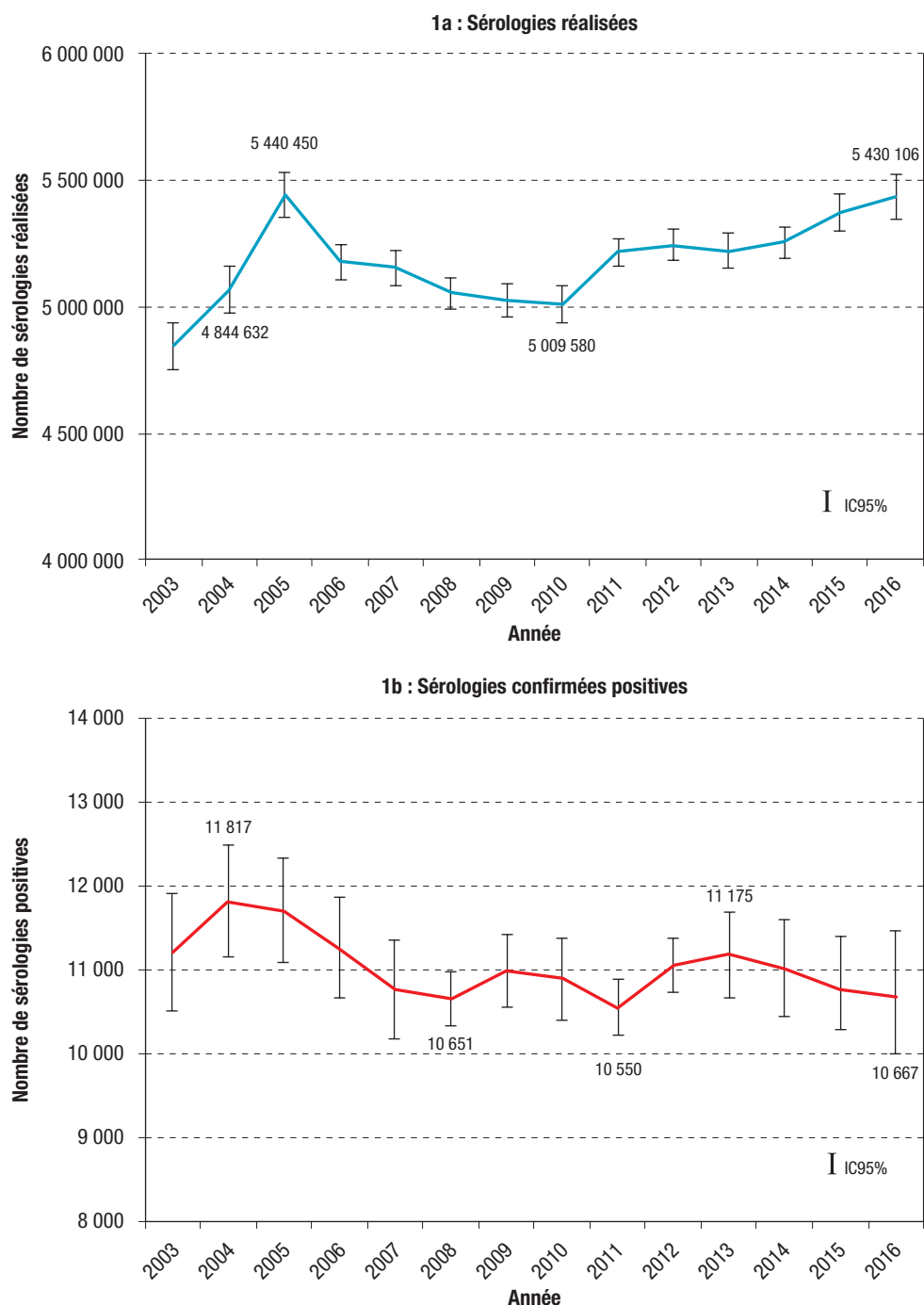
Sérologies VIH réalisées

En 2016, les 4 200 laboratoires ont réalisé 5,43 millions [intervalle de confiance à 95%, IC95%: 5,34-5,52] de sérologies VIH, un nombre en augmentation depuis 2014 (+3%, p=0,001), après un palier entre 2011 et 2014 (figure 1a).

⁽¹⁾ Réponse possible via l'application de déclaration en ligne www.e-do.fr depuis avril 2016.

Figure 1

Sérologies VIH en France, LaboVIH, 2003-2016



Avec 1,36 million [IC95%: 1,30-1,42] de sérologies réalisées en 2016, l'Île-de-France (IdF) représente un quart de l'activité nationale de dépistage (tableau). L'augmentation du nombre de sérologies est plus rapide pour les départements d'outre-mer (DOM) (+7% entre 2014 et 2016, $p=0,001$) qu'en métropole hors IdF (+3%, $p=0,003$). On n'observe pas d'augmentation significative en IdF depuis 2014. À l'échelle régionale, l'activité de dépistage est stable ou augmente, sans aucune diminution significative sur la période.

Le nombre de sérologies réalisées en 2016 pour 1 000 habitants est présenté dans la figure 2a.

Les régions avec les taux de sérologies réalisées les plus élevés sont les départements français d'Amérique (DFA) puis l'IdF, La Réunion, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca) et Mayotte.

Les trois quarts (76% en 2016) des sérologies VIH sont réalisés en laboratoires de ville, proportion stable depuis plusieurs années.

En 2016, 6% des sérologies (soit environ 300 000) ont été réalisées dans un cadre anonyme.

Parallèlement à l'activité de dépistage en laboratoires, 56 339 TROD ont été réalisés en 2016 par 52 associations ou structures de prévention, situées en majorité

Tableau

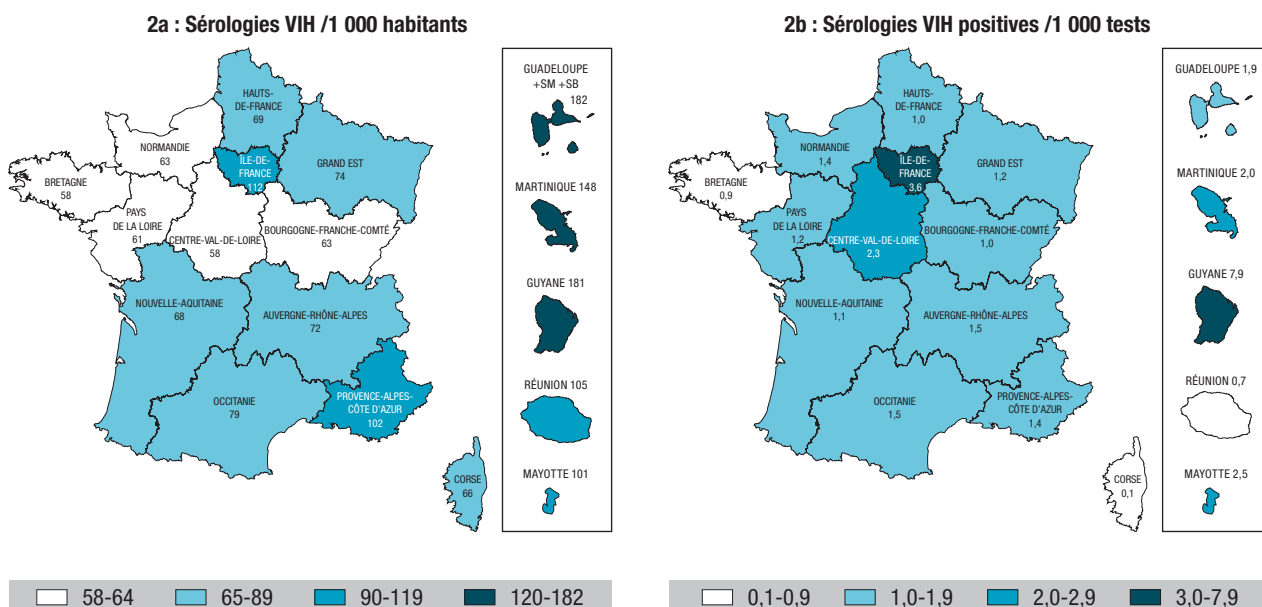
Nombre de TROD communautaires réalisés et positifs (source Direction générale de la santé) et comparaison avec les sérologies réalisées en laboratoire, par région (source LaboVIH), France, 2016

Régions	Dépistage communautaire			LaboVIH		
	TROD réalisés	TROD positifs*		Sérologies réalisées	Sérologies positives	
	N	N	/1 000	N	N	/1 000
Auvergne-Rhône-Alpes	3 808	31	8,1	574 353	868	1,5
Bourgogne-Franche-Comté	355	2	5,6	177 175	170	1,0
Bretagne	585	2	3,4	190 571	162	0,9
Centre-Val de Loire	270	2	7,4	151 337	353	2,3
Corse	–	–	–	21 933	2	0,1
Grand Est	1 860	6	3,2	410 397	497	1,2
Guadeloupe	1 639	7	4,3	79 964	153	1,9
Guyane	2 237	17	7,6	47 613	377	7,9
Hauts-de-France	1 977	16	8,1	418 672	430	1,0
Île-de-France	29 628	311	10,5	1 361 173	4 955	3,6
La Réunion	1 387	0	0,0	89 314	65	0,7
Martinique	923	13	14,1	55 819	111	2,0
Mayotte	–	–	–	23 700	59	2,5
Normandie	599	5	8,3	211 709	293	1,4
Nouvelle-Aquitaine	3 322	25	7,5	402 013	458	1,1
Occitanie	2 817	23	8,2	463 440	697	1,5
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3 933	23	5,8	510 570	691	1,4
Pays de la Loire	999	8	8,0	228 408	283	1,2
France entière	56 339	491	8,7	5 430 107	10 667	2,0

* Après exclusion des 6 faux positifs connus.
TROD : test rapide d'orientation diagnostique.

Figure 2

Sérologies VIH réalisées et sérologies confirmées positives, LaboVIH, 2016

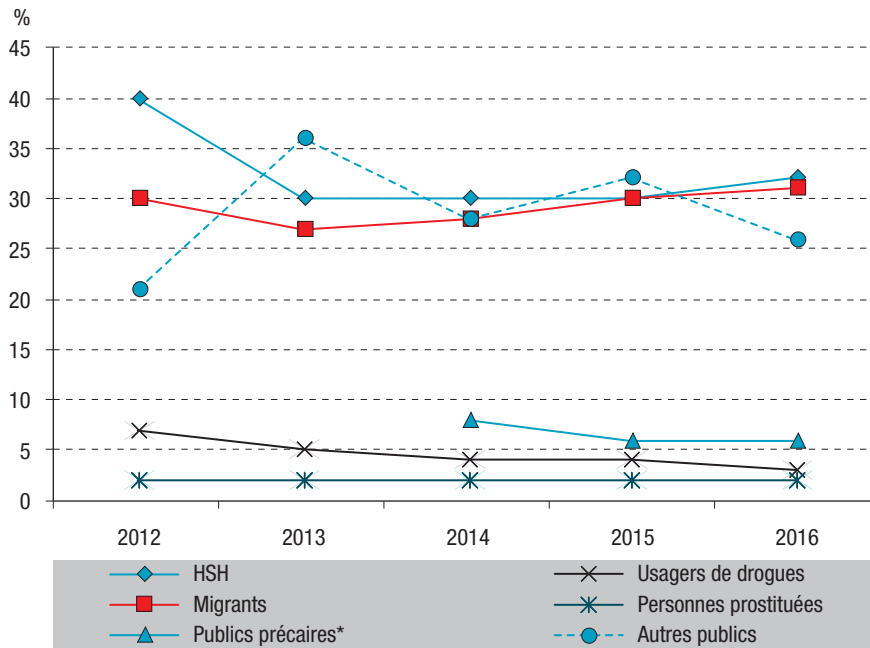


(53%) en IdF (tableau). Ce nombre, légèrement plus faible que les deux années précédentes (autour de 62 000), est équivalent à celui observé en 2013. Parmi les personnes dépistées par TROD en 2016,

72,4% étaient des hommes, 26,7% des femmes et 0,9% des personnes transsexuelles. Les HSH (32%) et les migrants (31%) représentaient la majorité des personnes dépistées par TROD (figure 3).

Figure 3

Évolution de la répartition des TROD VIH communautaires par population testée, France, 2012-2016



* Population individualisée depuis 2014 dans le recueil de données.
HSH : hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes.

Parmi les personnes dépistées par TROD en 2016, 28% n'avaient jamais été dépistées auparavant pour le VIH (depuis 2012, cette proportion variait entre 27% et 31%)^{4,5}.

Au cours de l'année 2016, 74 651 autotests VIH ont été vendus en pharmacie, dont près de 28 000 (37%) en IdF. Le nombre moyen de ventes par mois était de 6 200 en 2016, avec deux pics en avril et en décembre. Il est inférieur à ce qui a été observé lors des quatre premiers mois de vente, de septembre à décembre 2015 (8 200 ventes mensuelles en moyenne). Au 31 décembre 2016, près de la moitié des pharmacies (47,9% en métropole) disposaient d'autotests à la vente.

Sérologies VIH positives

Le nombre de sérologies VIH confirmées positives en laboratoire en 2016 est estimé à 10 667 [IC95%: 9 926-11 407], dont près de la moitié (46%) en IdF (tableau). Le nombre de sérologies positives est globalement stable sur les dernières années (la diminution apparente depuis 2013 n'étant pas significative) (figure 1b), que ce soit en IdF, dans les DOM ou en métropole hors IdF.

En 2016, environ 1 100 sérologies anonymes ont été confirmées positives, soient 10% des sérologies positives.

Les laboratoires de ville étaient à l'origine de 35% des sérologies VIH confirmées positives en 2016. Le nombre de sérologies positives a diminué depuis 2014 en ville (-10%, p=0,013), alors qu'il est resté stable à l'hôpital.

En ce qui concerne le dépistage communautaire, 497 TROD étaient positifs en 2016, dont 93 (19%)

chez des personnes qui connaissaient déjà leur séropositivité. Parmi ceux qui ne se savaient pas positifs auparavant, 77% ont été contrôlés par un test classique et 6 (2%) se sont avérés être des faux positifs. L'IdF comptabilisait 63% des 491 personnes ayant un TROD positif, après exclusion des faux positifs connus (tableau).

Sérologies VIH positives pour 1 000 sérologies réalisées

La proportion de sérologies confirmées positives pour 1 000 réalisées était estimée à 2,0 en 2016. Elle était plus élevée pour les sérologies réalisées dans un cadre anonyme (3,6 pour 1 000) que pour celles réalisées dans un cadre nominatif confidentiel (1,9 pour 1 000) (figure 4).

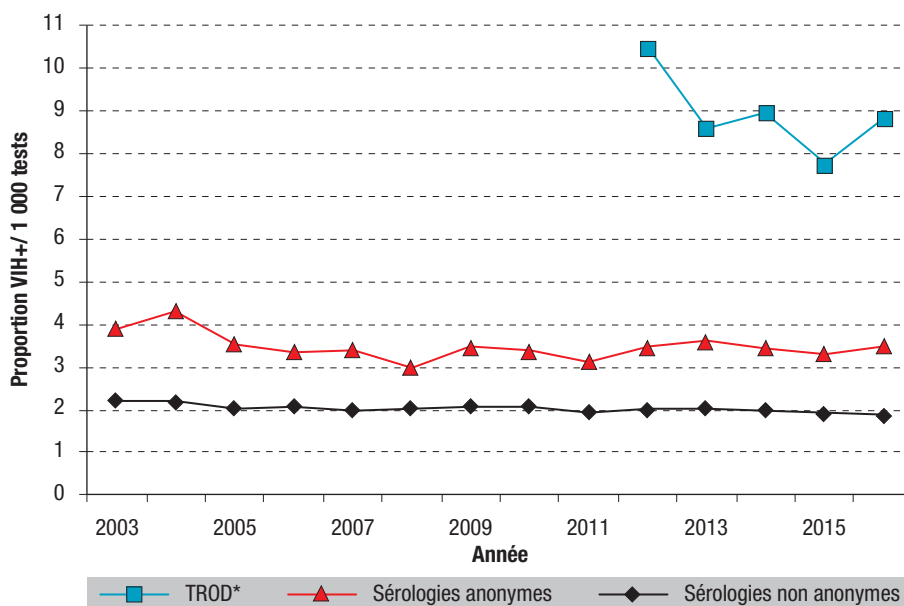
La proportion de TROD communautaires positifs était nettement plus élevée (8,7 pour 1 000 TROD en 2016, tableau). La proportion de découvertes de séropositivité était de 7,1 pour 1 000 TROD réalisés.

La proportion de TROD positifs était de 16,9 pour 1 000 pour les HSH (14,6 en 2015), de 9 pour 1 000 pour les personnes prostituées (13,4 en 2015), 7,6 pour 1 000 pour les migrants (7,4 en 2015), 6,3 pour 1 000 pour les usagers de drogues (7,2 en 2015), 5,4 pour 1 000 pour les publics précaires (2,5 en 2015) et 1,5 pour 1 000 pour les autres populations (1,1 en 2015). Près des deux tiers des personnes ayant eu un TROD positif (63%) ont été orientées vers le soin dans les trois mois, le devenir des autres n'étant pas connu des associations.

L'analyse par région montre que la proportion de sérologies positives en laboratoire était très variable selon

Figure 4

Proportion de tests VIH positifs/1 000 tests réalisés (LaboVIH, 2003-2016 ; TROD communautaires, 2012-2016), France



* Dont 1 à 2% de faux positifs.

TROD : test rapide d'orientation diagnostique.

la région (figure 2b, tableau). En Guyane, elle atteignait quatre fois la moyenne nationale. Les autres régions présentant les proportions les plus élevées étaient, dans les DOM, Mayotte, la Martinique et la Guadeloupe, et en métropole l'IdF et le Centre-Val-de-Loire. L'analyse par région des taux de positivité des TROD communautaires montre une répartition un peu différente (tableau) : les taux de positivité les plus élevés étaient observés en Martinique et en IdF, deux fois supérieurs à celui observé en Guyane. Les taux de positivité parmi les TROD étaient plus élevés que parmi les sérologies en laboratoire dans toutes les régions, sauf en Guyane et à La Réunion.

Discussion

La participation des laboratoires d'analyses médicales à LaboVIH, en légère diminution par rapport aux années précédentes, reste suffisante pour analyser l'activité de dépistage à l'échelle nationale. Elle doit cependant être améliorée car elle est trop faible dans plusieurs départements pour pouvoir disposer de données fiables à cette échelle.

L'activité de dépistage du VIH en France en laboratoire, avec 5,43 millions de sérologies réalisées en 2016, a augmenté de 3% depuis 2014, après avoir marqué un palier entre 2011 et 2014. Le dispositif des TROD en milieu associatif a progressivement pris de l'ampleur depuis 2012, mais semble avoir atteint sa limite d'évolution, avec une baisse de 9% du nombre de dépistages effectués en 2016 par rapport à 2015. Le nombre d'autotests VIH vendus en 2016 (74 600) dépasse celui des TROD communautaires (56 300). Cependant, les nombres d'autotests vendus et de TROD communautaires réalisés restent très faibles par rapport au nombre de sérologies classiques.

Parmi les 13 pays de l'Union européenne qui collectent cette donnée à l'échelle nationale, la France, avec 81 sérologies pour 1 000 habitants, a l'activité de dépistage rapportée à sa population la plus importante, suivie par la Belgique (62 pour 1 000)⁹. Cependant, la comparaison est limitée par le fait que cette information n'est pas recueillie dans plusieurs pays voisins de la France (Royaume-Uni, Espagne, Italie, Allemagne...). Par ailleurs, les TROD communautaires n'étaient pas encore largement utilisés en Europe en 2016, puisque seuls huit pays de l'Union européenne, en dehors de la France, autorisaient la réalisation de tests en milieu communautaire par du personnel non médical¹⁰.

La création des CeGIDD⁽²⁾ aurait pu entraîner depuis janvier 2016 une diminution du nombre de sérologies réalisées dans un cadre anonyme, en raison de la disparition du caractère systématique de l'anonymat au sein de ces nouvelles structures¹¹. Or, les sérologies anonymes représentaient encore 6% de l'ensemble des sérologies en 2016, comme en 2015.

La stratégie de dépistage du VIH en France a été réévaluée par la Haute Autorité de santé (HAS) en 2016. Son rapport, paru en 2017¹², préconise le maintien de la proposition de dépistage généralisé à la population générale et l'augmentation de la fréquence de dépistage des populations clés les plus exposées au risque d'infection à VIH : HSH, personnes originaires de zones de forte prévalence de l'infection, notamment d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes, et usagers de drogues injectables.

⁽²⁾ Création des CeGIDD en janvier 2016 en fusionnant les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST).

Les nombres de sérologies et de TROD VIH positifs n'augmentent plus sur la période récente à l'échelle nationale. Comme cela a été observé depuis 2003, il ne suffit donc pas d'accroître le nombre de dépistages pour voir mécaniquement une augmentation du nombre de positifs. La recommandation de tester plus fréquemment les populations exposées préconisée par la HAS (tous les trois mois chez les HSH, tous les ans chez les usagers de drogues injectables et chez les personnes originaires de zones de forte prévalence de l'infection à VIH, notamment d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes), devrait, si elle est appliquée, permettre de diagnostiquer davantage de personnes qui ignorent leur séropositivité.

La proportion de sérologies positives reste plus élevée lorsque le dépistage est réalisé de façon anonyme, par rapport à un dépistage réalisé dans le cadre général nominatif, ce qui souligne son intérêt en montrant qu'il bénéficie toujours à une population plus exposée. La proportion de TROD positifs est encore plus élevée, montrant que le dispositif de dépistage communautaire par TROD, cinq ans après sa mise en place, touche toujours une population particulièrement exposée au VIH, principalement les HSH et les migrants, et rend compte d'un maintien du ciblage des publics prioritaires. La proportion élevée de TROD positifs chez les personnes prostituées pourrait s'expliquer par le fait qu'elles peuvent présenter plusieurs facteurs d'exposition au VIH. Les dispositifs de dépistage existants sont donc complémentaires, les sérologies classiques non anonymes représentant l'immense majorité des tests positifs, alors que les sérologies anonymes et les TROD, en nombre beaucoup plus limité, répondent aux besoins de populations particulières.

La répartition régionale de l'activité de dépistage du VIH en laboratoire est peu modifiée par rapport aux années récentes. Les régions qui dépistent le plus restent les DFA. L'IdF, Paca, La Réunion et, depuis 2015, Mayotte sont les autres régions où l'activité de dépistage dépasse la moyenne nationale, comme les années précédentes. Les taux de positivité des sérologies restent très hétérogènes d'une région à l'autre. La situation de la Guyane est marquée par une activité de dépistage plus importante que dans le reste du territoire, mais aussi une proportion de positifs très supérieure à la moyenne nationale, ce qui reflète la prévalence particulièrement élevée de l'infection à VIH dans ce territoire. En métropole, la répartition de l'activité de dépistage et de la proportion de positifs sont superposables, à deux exceptions près : le Centre-Val de Loire, caractérisé par un dépistage plus faible que dans les autres régions et un taux de positivité plus élevé que la moyenne nationale, et Paca, région à forte activité de dépistage mais avec un taux de positivité restant dans la moyenne de la métropole, hors IdF. Ces disparités pourraient s'expliquer par une pratique différente du « ciblage » du dépistage et pourraient expliquer en partie la proportion élevée de diagnostics précoces du VIH observée en Paca (40 à 49% sur la période 2011-2015, à comparer avec 37 à 39% pour l'ensemble de la France²). En ce qui concerne les TROD, la proportion de positifs très élevée

en Martinique n'était pas observée les années précédentes et concerne un faible nombre de TROD réalisés par une seule association. Inversement, les publics ciblés par les TROD communautaires ne semblent pas plus à risque que la population testée en laboratoire, en Guyane et à La Réunion. Pour l'ensemble des régions en dehors de l'IdF, le nombre de TROD positifs était très faible et la proportion de positifs reflète surtout le ciblage des publics bénéficiaires de ce dépistage communautaire.

Conclusion

L'activité de dépistage du VIH en France a légèrement augmenté depuis 2014, alors que le nombre de sérologies positives reste stable. Le maintien d'une offre diversifiée de dépistage – avec les sérologies classiques nominatives, qui permettent de dépister la majorité des cas diagnostiqués, les sérologies anonymes, les TROD et les autotests permettant de toucher des populations spécifiques – est indispensable pour répondre aux objectifs de diagnostic précoce des personnes infectées. Il doit permettre d'augmenter la fréquence du dépistage dans les populations les plus exposées, suite aux recommandations 2017 de la HAS et à la nouvelle stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030¹³ qui couvre un champ très large, incluant notamment l'information et l'éducation à la santé sexuelle, le renforcement de la prévention du VIH et des autres IST, l'amélioration de la santé reproductive, une meilleure prise en compte des besoins spécifiques des populations vulnérables et des territoires d'outre-mer. ■

Remerciements

Nous remercions vivement tous les biologistes qui ont contribué à LaboVIH en 2016 (3 572 sites de laboratoires) et les 52 associations ayant participé en 2016 à l'appel à projets DGS/CnamTS de soutien aux activités de dépistage communautaire de l'infection à VIH. La présente analyse serait impossible sans leur travail de transmission d'information.

Nous remercions Hélène Haguy-Boulai (Santé publique France) pour la réalisation des cartes et Delphine Rahib (Santé publique France) pour la transmission des données sur les ventes d'autotests.

Références

- [1] Dépistage. In: Morlat P. (Dir). Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Rapport 2013. Paris: La Documentation Française; 2013. p. 41-55. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Morlat_2013_Mise_en_ligne.pdf
- [2] Santé publique France. Découvertes de séropositivité VIH et de sida. Point épidémiologique, 23 mars 2017. Saint-Maurice: Santé publique France; 2017. 6 p. http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/135287/485871/version/4/file/SurveillanceVIHSida2003_2015.pdf
- [3] Initiation d'un premier traitement antirétroviral. In : Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH – Recommandations du groupe d'experts, sous la direction du Pr Philippe Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ANRS. Actualisation Octobre 2017. 28 p. <https://cns.sante.fr/actualites/prise-en-charge-du-vih-recommandations-du-groupe-dexperts/>
- [4] Cazein F, Le Strat Y, Sarr A, Ramus C, Bouche N, Pillonel J, et al. Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2015.

Bull. Épidémiol. Hebd. 2016;(41-42):745-8. http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=10607

[5] Sarr A, Itodo O, Bouché N, Caté L, Faliu B. Dépistage communautaire par tests rapides (TROD) VIH en France sur une période de trois ans, 2012-2014. Bull. Épidémiol. Hebd. 2015;(40-41):772-8. http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=10192

[6] Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Estimation de population au 1^{er} janvier 2016. Séries par département, sexe et grande classe d'âge de 1975 à 2016. [Internet]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198>

[7] Ministère de la Santé et des Sports. Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014. Paris: Ministère de la Santé et des Sports; 2010. 265 p. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf

[8] Ministère de la Santé et des Sports. Arrêté du 9 novembre 2010 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2); modifié par l'arrêté du 1^{er} août 2016. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023093746&dateTexte=&categorieLien=idP>

[9] European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2015. Stockholm: ECDC; 2016. 108 p. <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/HIV-AIDS-surveillance-Europe-2015.pdf>

[10] European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). HIV testing. Monitoring implementation of the Dublin Declaration. The Dublin Declaration on Partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia. Stockholm: ECDC; 2017. <https://ecdc.europa.eu/en/infectious-diseases-public-health/hiv-infection-and-aids/prevention-and-control/monitoring>

[11] Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Arrêté du 1^{er} juillet 2015 relatif aux centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles. Version consolidée le 5 septembre 2017. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030824409&dateTexte=20170905>

[12] Haute Autorité de santé (HAS). Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France. Paris: HAS; 2017. 307 p. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2024411/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-de-l-infection-a-vih-en-france

[13] Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Stratégie nationale de santé sexuelle. Agenda 2017-2030. Paris: Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2017. 74 p. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf

Citer cet article

Cazein F, Le Strat F, Sarr A, Ramus C, Bouche N, Combaroure JC, et al. Dépistage de l'infection par le VIH en France en 2016. Bull. Épidémiol. Hebd. 2017;(29-30):601-8. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/29-30/2017_29-30_2.htm

INFECTIONS VIH ET VHB PARMIS LES AFRO-CARIBÉENS D'ÎLE-DE-FRANCE : DES PRÉVALENCES ÉLEVÉES ET DES DÉPISTAGES INSUFFISANTS

// HIV AND HBV INFECTIONS AMONG AFRO-CARIBBEANS LIVING IN THE GREATER PARIS AREA: HIGH PREVALENCE AND VERY POOR SCREENING

Christine Larsen¹ (christine.larsen@santepubliquefrance.fr), Frédérique Limousi¹, Delphine Rahib¹, Francis Barin², Stéphane Chevaliez³, Gilles Peytavin⁴, Romain Mbiribindi⁵, Nathalie Lydié¹

¹ Santé publique France, Saint Maurice, France

² Université François-Rabelais, Inserm U966 ; CHU Bretonneau, Centre national de référence du VIH, Tours, France

³ Inserm U955, Centre national de référence des hépatites B, C et Delta, CHU Henri-Mondor, Créteil, France

⁴ APHP, CHU Bichat-Claude Bernard ; IAME, Inserm UMR 1137, Université Paris Diderot – Sorbonne Cité, Paris, France

⁵ Association Afrique Avenir, Paris, France

Soumis le 01.09.2017 // Date of submission: 09.01.2017

Résumé // Abstract

L'AfroBaromètre 2016 est une enquête transversale associant auto-prélèvement sanguin sur papier buvard et questionnaire auto-administré sur tablette informatique. Elle avait pour objectif de décrire les comportements sexuels et préventifs des populations afro-caribéennes vivant en Île-de-France et de mesurer les prévalences observées des infections VIH et VHB dans ces populations.

Au cours des mois de mai et juin 2016, 1 283 personnes âgées de 34 ans (médiane), nées pour 64% d'entre elles dans un pays d'Afrique subsaharienne et majoritairement des hommes (62%), ont accepté de participer, soit 31% des personnes sollicitées. Les prévalences observées du VIH et du VHB sont respectivement de 1,6% et 5,1%. Le recours au dépistage apparaît insuffisant tant vis-à-vis de l'infection VIH, pour laquelle 40% des personnes atteintes ignoraient leur statut, que vis-à-vis de l'infection VHB dont le diagnostic était méconnu par 77% des personnes porteuses de l'AgHBs. Aussi, il apparaît essentiel d'élargir l'offre de dépistage au-delà des structures actuelles de dépistage, et de favoriser la diffusion et l'utilisation de tests rapides d'orientation diagnostique combinant dépistage du VIH et des hépatites B et C associées à une information et un *counseling* clairs et adaptés.

The AfroBaromètre 2016 is a cross-sectional survey combining a self-blood sampling on filter paper and a self-administered questionnaire on a digital tablet. It aimed to describe the sexual and preventive behaviour of Afro-Caribbeans living in the Paris Area (France) and to measure HIV and HBV prevalence in this population.

During May and June 2016, 1,283 persons (median age: 34), born in sub-Saharan Africa for 64%, and men for 62% agreed to participate in the survey (participation rate: 31%). The observed HIV and HBV prevalence was 1.6% and 5.1%, respectively. Screening with regard to HIV and HBV infections awareness appears to be insufficient as 40% of those HIV-infected and 77% of those with HBV were unaware of their seropositive status. It is therefore essential to broaden the screening offer out of the current screening structures and to promote the distribution and use of rapid diagnostic tests combining screening for HIV and hepatitis B and C with clear and adapted information and counselling.

Mots-clés : VIH, VHB, Afro-Caribéens, Île-de-France

// **Keywords:** HIV, HBV, Afro-Caribbeans, Paris area

Introduction

Les migrants originaires d'Afrique subsaharienne résidant en Europe sont fortement touchés par les infections par le VIH et le virus de l'hépatite B (VHB)^{1,2}. En France, un tiers (31%) des 6 000 personnes ayant découvert leur séropositivité VIH en 2015 étaient nées dans un pays d'Afrique subsaharienne³. En 2004, 21% de la population générale atteinte d'infection VHB (basée sur la détection de l'antigène de surface du VHB – AgHBs) étaient nés dans cette partie du monde⁴.

Depuis le début des années 2000, les populations étrangères/migrantes et, en particulier, celles originaires d'Afrique subsaharienne, font l'objet d'une attention particulière de la part des pouvoirs publics dans

une stratégie combinant une double approche⁵ : la première vise à agir en direction des migrants en tant que composante de la société française utilisatrice des services de droit commun ; la seconde vise à les considérer en tant que groupe spécifique, usagers de services dédiés, institutionnels (Office français de l'immigration et de l'intégration, par exemple) ou communautaires (associations, médias, etc.).

Cette double approche a permis le développement d'actions de prévention, dans une démarche de santé communautaire, sur les lieux de vie et de socialisation de ces populations⁶. Elles sont relativement importantes dans la région Île-de-France, qui accueille près de 60% des migrants d'Afrique subsaharienne⁷.

L'association Afrique Avenir qui, depuis 1994, s'est engagée dans la lutte contre le sida, est un acteur clé de ce dispositif ; elle intervient dans des arrondissements parisiens et des communes des petite et grande couronnes qui concentrent la plus forte densité de migrants d'Afrique subsaharienne⁸. Elle mène des actions d'information/sensibilisation et de dépistage du VIH (depuis 2012) sur divers sites. Parce qu'elles partagent leurs lieux de vie et de socialisation, ces actions ne touchent pas exclusivement les personnes migrantes d'Afrique subsaharienne, mais aussi des personnes nées en France de parents immigrés et plus largement des personnes provenant de la Caraïbe. Une première enquête AfroBaromètre réalisée en 2011 par questionnaire auto-administré avait permis de caractériser cette population en termes de connaissances, d'attitudes et de comportements vis-à-vis du VIH/sida et, ainsi, d'adapter les messages de prévention⁹.

Suite à l'évolution rapide du contexte préventif du VIH et des hépatites B et C promouvant désormais une prévention « diversifiée », qui associe aux mesures comportementales des stratégies de dépistage et de traitement antiviral^{10,11}, il est apparu important de réaliser, en 2016, une nouvelle enquête AfroBaromètre en ajoutant un volet biologique au questionnaire socio-comportemental, afin d'analyser les comportements sexuels et préventifs des populations afro-caribéennes vivant en Île-de-France et de mesurer les prévalences observées de l'infection VIH, VHB et de l'hépatite C (VHC).

Cet article restreint la présentation des résultats à la prévalence observée des infections VIH et VHB et des comportements de dépistage vis-à-vis de ces infections au sein de l'enquête.

Méthodes

Enquête transversale et anonyme, l'AfroBaromètre 2016 a été mené du 3 mai au 6 juillet 2016 par les intervenants d'Afrique Avenir et l'Institut BVA dans 33 lieux communautaires où intervient habituellement l'association, en milieu ouvert (sorties de gare/métro, marchés) ou fermé (discothèques, salles des fêtes, salons de coiffure, lieux de culte).

Déroulement de l'étude

Les intervenants d'Afrique Avenir ont, de façon opportuniste, convié à participer à l'enquête toute personne majeure fréquentant les lieux communautaires et qui lisait et parlait le français. Les personnes acceptant d'y participer étaient invitées à lire la lettre d'information et de consentement, puis à déposer huit gouttes de sang sur un papier buvard, après auto-prélèvement capillaire du bout du doigt, et à compléter sur tablette électronique un questionnaire comportemental (70 questions). Buvard et questionnaire étaient appariés par un numéro d'anonymat.

Le questionnaire recueillait des caractéristiques sociodémographiques et des informations sur le comportement sexuel et préventif au cours

des 12 derniers mois, ainsi que les attitudes vis-à-vis du dépistage VIH et VHB.

Les participants étaient informés qu'ils n'obtiendraient aucun résultat individuel. Mais les intervenants leur remettaient une pochette « prévention » contenant un coupe-file facilitant l'accès aux structures de dépistage anonyme et gratuit de proximité, des brochures d'information et de prévention, des préservatifs masculin et féminin et une dosette de gel lubrifiant.

En cas de refus de participation, le sexe, l'âge, la connaissance du statut sérologique VIH et la raison du refus étaient recueillis.

Tests biologiques (à partir de sang total séché sur papier buvard)

Le dépistage des anticorps anti-VIH était réalisé à l'aide d'un test combiné Genscreen ultra HIV Ag-Ab[®] (Biorad) par le Centre national de référence (CNR) du VIH. En cas de positivité, étaient effectués un western blot (HIV blot 2.2[®], MP diagnostics), un test d'infection récente (infection datant de moins de 6 mois) et le sérotypage du VIH par le CNR, ainsi qu'une recherche des antirétroviraux par le laboratoire de pharmacotoxicologie du Centre hospitalier universitaire Bichat. En cas de discordance entre un résultat biologique négatif et le statut déclaré VIH positif, la recherche d'antirétroviraux était réalisée.

Le dépistage de l'infection VHB, basé sur la détection de l'AgHBs, était réalisé à l'aide d'une technique ELISA automatisée VIDAS[®] HBsAg Ultra (BioMérieux, France) par le CNR des hépatites B, C et delta.

Définitions

La situation administrative du participant était définie comme précaire soit en cas de possession : i) d'un visa touristique ; ii) d'une autorisation provisoire de séjour ; iii) d'un récépissé de demande de carte de séjour en l'absence de couverture maladie ; soit par le fait d'être sans papiers ou en attente de régularisation.

La connaissance du statut VIH était définie selon la classification utilisée dans Prevagay 2015¹² en combinant résultat biologique et donnée déclarative. Les participants ont ainsi été classés en trois catégories : séropositif connaissant son statut, séropositif ignorant son statut (non diagnostiqué) et séronégatif.

Une hépatite B diagnostiquée était définie par un test AgHBs positif associé au fait d'avoir déclaré « avoir une hépatite B chronique », que celle-ci soit traitée ou non. Une hépatite B non diagnostiquée était définie par un test AgHBs positif associé au fait d'avoir déclaré « ne jamais avoir été testé pour une hépatite B » ou « ne pas savoir si on a déjà été testé pour une hépatite B ». Un diagnostic d'hépatite B était classé comme mal compris en cas de test AgHBs positif associé au fait d'avoir déjà été testé pour une hépatite B et d'avoir déclaré « ne pas avoir d'hépatite B », « avoir fait une hépatite B et être guéri » ou « ne pas savoir ».

Analyses statistiques

Les comparaisons de variables qualitatives ont été effectuées avec un test de Chi² de Pearson au seuil de significativité <0,05, et les comparaisons de moyennes ont été réalisées par le test de Student. Les facteurs associés à la positivité de l'AgHBs ont été analysés par régression logistique multivariée.

Les analyses ont été réalisées en utilisant le logiciel Stata[®] version 14.2.

Aspects éthiques

Le protocole de l'étude a reçu l'avis favorable du Comité de protection des personnes d'Île-de-France (Pitié-Salpêtrière) et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans le cadre de la recherche biomédicale.

Résultats

Sur les 4 105 personnes éligibles sollicitées, 31% ont accepté de participer. Le taux de participation variait selon le lieu des interventions : de 24% dans les salons de coiffure à 41% dans les lieux de culte.

Comparées aux participants, les personnes ayant refusé de prendre part à l'enquête ne sont pas statistiquement différentes en termes de sexe (62% d'hommes) et d'âge (35 ans en moyenne). Cependant, elles déclaraient plus souvent ignorer leur statut sérologique VIH. Les principaux motifs de refus étaient un manque de temps (60%), un lieu de réalisation de l'enquête inadapté (15%) et la réalisation de l'auto-prélèvement (14%).

Au total, 1 283 participants ayant un auto-questionnaire complété et un test sérologique interprétable ont été inclus dans l'analyse.

Caractéristiques des participants (tableau 1)

Les participants ont été inclus en milieu ouvert (61%), dans les lieux festifs (24,5%) et dans les salons de coiffure ou lieux de culte (14,5%). Âgés de 34 ans (médiane), il s'agissait majoritairement d'hommes (62%). Ils résidaient surtout dans la petite (42%) et la grande couronne parisienne (40%). Nés majoritairement (64%) en Afrique subsaharienne, 31,5% étaient nés en France (métropole ou DOM-TOM). Ils étaient 46% à avoir fait des études supérieures et 45% à avoir un emploi, sans différence selon le sexe. Les femmes déclaraient plus souvent poursuivre des études (23% vs 11%), tandis que les hommes étaient plus souvent au chômage (25% vs 16,5%).

Parmi les personnes de nationalité étrangère dont le statut administratif avait pu être déterminé (n=731), la précarité de la situation administrative concernait 26% d'entre elles, sans différence significative selon le sexe (hommes : 27% ; femmes : 24%).

Le renoncement aux soins dans les 12 derniers mois touchait 22% des participants, ce pourcentage augmentant en fonction du statut d'emploi (emploi : 17% ; étudiants : 22% ; chômeurs : 32% ;

au foyer : 37%) et de la situation administrative (nationalité française : 12% ; séjour stable : 25% ; séjour précaire : 39%).

Globalement, 17% des répondants n'avaient pas eu de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois, davantage les femmes (21,5%) que les hommes (14%). Plus souvent multipartenaires, les hommes déclaraient une utilisation du préservatif plus fréquente que les femmes multipartenaires (respectivement, 75% et 64% ; p=0,01). Les rapports entre personnes de même sexe concernaient 16% des hommes et 18% des femmes. Il s'agissait de bisexualité dans 78% des cas.

La majorité (66%) des participants déclarait avoir fait un test VIH au cours des 12 derniers mois, et 15% il y a plus d'un an. Parmi les 850 personnes ayant fait un test VIH dans les 12 derniers mois, 52% (n=441) étaient multipartenaires, essentiellement des hommes ayant des rapports sexuels avec des femmes uniquement (53,5%) ou avec des hommes (18%). Moins d'un tiers (28%) des participants avaient réalisé un test de dépistage de l'hépatite B dans les 12 derniers mois et près d'un quart (24%) l'avait réalisé il y a plus d'un an.

Prévalences observées et caractéristiques des personnes atteintes (tableau 2)

La prévalence de l'infection VIH observée au sein de l'échantillon était de 1,6%. Elle variait peu en fonction du sexe, du pays de naissance et du nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois, mais variait selon l'âge des répondants (<34 ans : 1% ; ≥34 ans : 2,5% ; p=0,02). Chez les hommes, la prévalence observée était significativement plus élevée parmi ceux qui, au cours des 12 derniers mois, avaient eu des rapports sexuels uniquement avec des hommes (15%), comparés à ceux ayant eu des rapports avec des hommes et des femmes (2%) ou à ceux n'ayant eu des rapports qu'avec des femmes (1,5%).

Parmi les 21 participants testés VIH positifs (16 hommes, 5 femmes), 14 étaient nés en Afrique subsaharienne, 5 en France métropolitaine ou dans les DOM, 1 à Haïti et 1 dans un autre pays. Tous étaient infectés par un VIH-1 groupe M, sauf 1 qui l'était par un VIH-2. Le diagnostic d'infection VIH était connu par 13 d'entre eux (9 hommes, 4 femmes). Parmi les 8 qui ignoraient leur diagnostic (7 hommes, 1 femme), 4 déclaraient avoir été testés dans les 12 derniers mois, aucun n'avait de test évocateur d'une infection récente.

La prévalence observée de l'AgHBs était de 5,1%. Les facteurs indépendamment associés à la positivité de l'AgHBs étaient le fait d'être un homme (p=0,001), d'être né dans un pays d'Afrique subsaharienne (p=0,007), d'avoir un faible niveau d'études (p=0,003), d'être au chômage (p=0,008) et d'avoir renoncé aux soins dans les 12 derniers mois (p=0,048).

Parmi les 66 participants positifs pour l'AgHBs, 26 (39%) déclaraient n'avoir jamais été testés pour l'hépatite B et ignoraient leur statut, 25 (38%) l'avaient été (dont 17 dans les 12 derniers mois) et semblaient avoir mal compris leur diagnostic, 15 (23%) connaissaient leur diagnostic.

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques et comportementales des répondants par sexe dans l'AfroBaromètre, Île-de-France, mai-juin 2016

	Total		Hommes		Femmes		p
	N	%	n	%	n	%	
Âge à l'enquête (ans)							<10 ⁻³
18-24	310	24,2	149	18,7	161	33,1	
25-34	364	28,4	222	27,9	142	29,2	
35-44	283	22,0	189	23,7	94	19,3	
>44	326	25,4	237	29,7	89	18,3	
Région de naissance							<10 ⁻³
France métropolitaine	293	22,8	149	18,7	144	29,6	
DOM-TOM*	111	8,7	60	7,5	51	10,5	
Afrique subsaharienne	818	63,7	549	68,9	269	55,3	
Haïti	38	3,0	25	3,1	13	2,7	
Autre	22	1,7	13	1,6	9	1,9	
Non renseignée	1	0,1	1	0,1	0	0,0	
Département de résidence							0,46
Paris	167	13,0	112	14,1	55	11,3	
Petite couronne**	539	42,0	332	41,7	207	42,6	
Grande couronne**	509	39,7	315	39,5	194	39,9	
Autre	65	5,1	37	4,6	28	5,8	
Non renseigné	3	0,2	1	0,1	2	0,4	
Niveau d'études							0,09
≤ primaires	72	5,6	45	5,6	27	5,6	
Collège	251	19,5	173	21,7	78	16,0	
Lycée	369	28,8	225	28,2	144	29,6	
Études supérieures	591	46,1	354	44,4	237	48,8	
Statut d'emploi							<10 ⁻³
Travail	572	44,6	356	44,7	216	44,4	
Chômage	281	21,9	201	25,2	80	16,5	
Études	197	15,3	85	10,7	112	23,0	
Au foyer	51	4,0	23	2,9	28	5,8	
Autre	182	14,2	132	16,6	50	10,3	
Statut administratif***							<10 ⁻³
Nationalité française	524	40,8	269	33,8	255	52,5	
Séjour stable	540	42,1	369	46,3	171	35,2	
Séjour précaire	191	14,9	138	17,3	53	10,9	
Non déterminé	28	2,2	21	2,6	7	1,4	
Langue parlée en famille							0,63
Français	784	61,1	495	62,1	289	59,5	
Autre langue	109	8,5	65	8,2	44	9,0	
Français et autre langue	390	30,4	237	29,7	153	31,5	
Couverture maladie							<10 ⁻³
Aucune	131	10,2	92	11,5	39	8,0	
Sécurité sociale seule ou CMU ou AME	418	32,6	283	35,5	135	27,8	
Sécurité sociale et mutuelle ou CMUc	631	49,2	356	44,7	275	56,6	
Ne sait pas	103	8,0	66	8,3	37	7,6	
Renoncement aux soins dans les 12 derniers mois							0,14
Non	996	77,6	608	76,3	388	79,8	
Oui	287	22,4	189	23,7	98	20,2	



Tableau 1 (suite)

	Total		Hommes		Femmes		p
	N	%	n	%	n	%	
Sexe des partenaires dans les 12 derniers mois							
Pas de partenaire sexuel	214	16,7	109	13,7	105	21,6	} 0,54****
Partenaires de sexe opposé uniquement	887	69,1	574	72,0	313	64,4	
Partenaires des deux sexes	143	11,2	87	10,9	56	11,5	
Partenaires de même sexe uniquement	39	3,0	27	3,4	12	2,5	
Nombre de partenaires dans les 12 derniers mois							
Aucun	214	16,7	109	13,7	105	21,6	<10 ⁻³
1	467	36,4	259	32,5	208	42,8	
>1	602	46,9	429	53,8	173	35,6	
Utilisation du préservatif dans les 12 derniers mois parmi les sexuellement actifs****							
Non	455	42,6	265	38,5	190	49,9	<10 ⁻³
Oui	614	57,4	423	61,5	191	50,1	
Dépistage VIH dans les 12 derniers mois							
Jamais testés	237	18,5	136	17,1	101	20,8	0,11
Testés il y a plus d'un an	196	15,3	116	14,5	80	16,5	
Testés dans les 12 mois	850	66,2	545	68,4	305	62,8	
Dépistage hépatite B dans les 12 derniers mois							
Jamais testés	610	47,6	387	48,6	223	45,9	0,62
Testés il y a plus d'un an	312	24,3	192	24,1	120	24,7	
Testés dans les 12 mois	361	28,1	218	27,3	143	29,4	

* Parmi les 111 personnes nées dans les DOM-TOM, 92 sont nées en Martinique ou en Guadeloupe, 13 en Guyane, 4 dans l'Océan Indien et 2 dans les TOM.

** Petite couronne : Hauts-de-Seine (92), Seine-Saint-Denis (93), Val-de-Marne (94). Grande couronne : Seine-et-Marne (77), Yvelines (78), Essonne (91), Val-d'Oise (95).

*** Séjour stable : possession d'une carte de résident ou de séjour temporaire, d'une autorisation provisoire de séjour ou d'un récépissé de demande de carte de séjour associée à une couverture maladie. Séjour précaire : possession d'un visa touristique, d'une autorisation provisoire de séjour ou d'un récépissé de demande de carte de séjour en l'absence de couverture maladie, ou le fait d'être en attente de régularisation ou d'être sans papiers.

**** Parmi les personnes sexuellement actives dans les 12 derniers mois, c'est-à-dire ayant déclaré au moins un partenaire sexuel dans les 12 derniers mois.

CMU : couverture maladie universelle ou protection universelle maladie ; CMUc : couverture maladie universelle complémentaire ; AME : aide médicale d'État.

Discussion

Pour la première fois en France, l'AfroBaromètre a associé à un questionnaire socio-comportemental, un dépistage du VIH et de l'hépatite B sur papier buvard dans la population afro-caribéenne d'Île-de-France. La méthodologie de l'enquête impliquant un auto-prélèvement a été diversement accueillie par les personnes sollicitées. Néanmoins, si seules 31% des personnes ont accepté de participer, la raison invoquée par la majorité de celles qui ont refusé était le manque de temps et non l'auto-prélèvement, mentionné par seulement 14% d'entre elles. Ce pourcentage est inférieur aux enquêtes de même type réalisées auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) (50%)^{12,13} et au précédent AfroBaromètre qui ne comportait pas de prélèvement (34%)⁹. Par ailleurs, l'étude proposée aux seules personnes sachant lire et parler le français a pu exclure les migrants non-francophones récemment arrivés sur le territoire. Cependant, les migrants originaires d'Afrique subsaharienne vivant en France sont en majorité des personnes nées dans un pays d'Afrique francophone (pays d'Afrique de l'Ouest et Centrale)¹⁴. Dans l'enquête Parcours, seuls

2% des migrants d'Afrique subsaharienne éligibles n'avaient pas participé en raison d'une maîtrise insuffisante du français¹⁵. L'enquête ayant été réalisée à partir d'un échantillon de convenance, ses résultats ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble de la population afro-caribéenne d'Île-de-France. Néanmoins, de par la diversité de ses sites de recrutement, il a été possible de « capter » des populations habituellement peu représentées dans les études, comme les HSH qui constituent 14% des hommes de notre échantillon et qui ont été pour moitié recrutés en milieu ouvert. En effet, très peu de HSH originaires d'Afrique subsaharienne ou des Caraïbes ont été inclus dans les enquêtes telles que Prevagay 2015 (1,85% ; communication personnelle, A. Velter).

La prévalence observée du VIH est proche de celle déclarée dans l'AfroBaromètre 2011 (1,9%)⁹. Elle est particulièrement élevée parmi les HSH (15%) et similaire à celle estimée parmi les HSH de Prevagay 2015 (14,3%)¹². Ainsi, notre enquête montre la forte exposition de ces hommes au VIH, alors même que l'épidémie parmi les Afro-Caribéens a longtemps été considérée comme quasi exclusivement hétérosexuelle. Ce même constat est partagé par les associations

Tableau 2

Prévalences observées de l'infection VIH et de l'hépatite B (AgHBs) au sein de l'échantillon d'AfroBaromètre (N=1 283), Île-de-France, mai-juin 2016

	N	VIH + n (%)	p	AgHBs + n (%)	p
Population totale	1 283	21 (1,6)	–	66 (5,1)	–
Sexe			0,18		<10 ⁻³
Hommes	797	16 (2,0)		56 (7,0)	
Femmes	486	5 (1,0)		10 (2,0)	
Âge à l'enquête (ans)			0,06		0,002
18-24	310	3 (1,0)		10 (3,2)	
25-34	364	2 (0,5)		20 (5,5)	
35-44	283	8 (2,8)		26 (9,2)	
>44	326	8 (2,4)		10 (3,1)	
Région de naissance			0,86		0,008
France métropolitaine	293	4 (1,4)		5 (1,7)	
DOM-TOM	111	1* (0,9)		2** (1,8)	
Afrique subsaharienne	818	14 (1,7)		57 (7,0)	
Haïti	38	1 (2,6)		1 (2,6)	
Autre	22	1 (4,5)		1 (4,5)	
Niveau d'études			0,43		0,004
Primaires ou non scolarisés	72	2 (2,8)		9 (12,5)	
> Primaires	1211	19 (1,6)		57 (4,7)	
Situation professionnelle			0,60		0,001
Emploi	572	9 (1,6)		16 (2,8)	
Études	197	3 (1,5)		8 (4,1)	
Chômage	281	3 (1,1)		23 (8,2)	
Autres situations	233	6 (2,6)		19 (8,1)	
Couverture maladie			0,11		0,11
Aucune	131	3 (2,3)		8 (6,1)	
Sécurité sociale seule ou CMU ou AME	418	5 (1,2)		27 (6,5)	
Sécurité sociale et mutuelle ou CMUc	631	12 (1,9)		23 (3,6)	
Ne sait pas	103	1 (1,0)		8 (7,8)	
Renoncement aux soins dans les 12 derniers mois			0,87		0,005
Non	996	16 (1,6)		42 (4,2)	
Oui	287	5 (1,7)		24 (8,4)	
Nombre de partenaires dans les 12 derniers mois			0,88		0,86
Aucun	214	3 (1,4)		11 (5,1)	
1	467	7 (1,5)		26 (5,6)	
>1	602	11 (1,8)		29 (4,8)	
Orientation sexuelle dans les 12 derniers mois					
Hommes			<10 ⁻³		0,04
Ayant uniquement des partenaires femmes	575	9 (1,6)		33 (5,7)	
Ayant des partenaires des deux sexes	86	2 (2,3)		11 (12,8)	
Ayant uniquement des partenaires hommes	27	4 (14,8)		1 (3,7)	
Femmes			0,72		0,77
Ayant uniquement des partenaires hommes	313	3 (1,0)		8 (2,6)	
Ayant des partenaires des deux sexes	56	0		2 (3,6)	
Ayant uniquement des partenaires femmes	12	0		0	

* Personne née en Guadeloupe. ** Une personne née en Martinique et une née à Mayotte.

CMU : couverture maladie universelle ou protection universelle maladie ; CMUc : couverture maladie universelle complémentaire ; AME : aide médicale d'État.

communautaires, comme Afrique Arc-en-ciel, qui ciblent les gays afro-caribéens dans leurs actions de prévention¹⁶. Ces chiffres reflètent la forte incidence estimée du VIH chez les HSH, qu'ils soient nés en France (117/100 000) ou à l'étranger (177/100 000)¹⁷.

Le recours au dépistage VIH des répondants est près de deux fois plus fréquent en 2016 qu'en 2011⁹. Si on ne peut pas exclure que ce recours ait augmenté depuis 2011 sous l'impulsion du dépistage communautaire, il est peu probable qu'il ait doublé entre les deux périodes dans la population. En effet, les choix faits dans AfroBaromètre 2016 en termes de recrutement ont certainement eu pour conséquence de capter une partie de la « file active » de dépistage communautaire d'Afrique Avenir. Quoi qu'il en soit, malgré ce recours élevé, une part des personnes testées séropositives méconnaissaient leur statut (8/21). De fait, il est probable que les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS)¹⁸ en faveur d'un dépistage annuel pour les personnes originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes soient insuffisantes pour au moins une partie d'entre elles, en particulier les hommes hétérosexuels. Dans notre enquête, cinq des neuf hommes hétérosexuels testés VIH positif ignoraient leur statut, alors même que trois d'entre eux avaient réalisé au moins un test dans les 12 derniers mois et que deux n'avaient jamais été testés (données non montrées). Un dépistage VIH pluriannuel pour les Afro-Caribéens pourrait être recommandé si l'on veut atteindre, comme pour les HSH, le premier objectif de l'Onusida¹⁹.

La prévalence élevée de l'AgHBs était attendue et proche de celle estimée dans la population née en Afrique subsaharienne (5,25%) en France en 2004⁴. L'infection VHB atteint essentiellement les personnes nées en Afrique subsaharienne et celles en situation de précarité socio-économique, à l'instar de ce que l'enquête ANRS-Parcours, réalisée auprès de personnes suivies en Île-de-France pour une hépatite B chronique, a montré²⁰.

L'insuffisance du recours au dépistage de l'hépatite B est marquée parmi les répondants : à peine plus de la moitié d'entre eux y ont eu recours, alors que le dépistage de l'hépatite virale B en France cible depuis le début des années 2000 les personnes nées en zones d'endémicité VHB²¹. Conséquence de ce sous-dépistage, 40% des personnes infectées de notre enquête ne connaissaient pas leur statut, alors même qu'une prise en charge précoce est essentielle pour la prévention des complications hépatiques. L'amélioration de la stratégie de dépistage est donc un enjeu majeur. L'offre de dépistage doit être élargie au-delà des structures actuelles et la mise à disposition des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) doit être favorisée, dans une approche combinant le dépistage du VIH à celui des hépatites B et C. Cette stratégie est d'ores et déjà recommandée par la HAS^{18,22} et est partiellement mise en œuvre depuis la mise à disposition des TROD VHC en 2014²³.

Trop de personnes atteintes méconnaissaient leur infection VHB, alors que la majorité d'entre elles avaient été testées dans l'année, ce qui traduit

une incompréhension de la réalité de la maladie chronique quand il n'y a pas de traitement. Cette situation n'est, en effet, pas toujours comprise des patients qui considèrent que s'ils sont porteurs d'un virus, un traitement devrait leur être prescrit²⁴. Aussi, des efforts de simplification et de clarification des messages donnés lors des premières consultations médicales sont essentiels afin d'éviter la survenue de complications hépatiques de l'infection chronique VHB (cirrhose, décompensation de la cirrhose, carcinome hépatocellulaire).

Conclusion

L'AfroBaromètre 2016 montre que les populations afro-caribéennes restent prioritaires dans la lutte contre le sida. La prévalence observée parmi les HSH appelle à des mesures urgentes en direction de ces populations longtemps invisibilisées. Si l'arrivée des TROD VIH a permis d'accroître le dépistage dans ces populations, l'hépatite B est aussi un enjeu de santé publique majeur tant en termes de dépistage que de prise en charge. ■

Références

- [1] European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2015. Stockholm: ECDC; 2016. 132 p. <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/hivaids-surveillance-europe-2015>
- [2] European Centre for Disease Prevention and Control. Epidemiological assessment of hepatitis B and C among migrants in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2016. 96 p. <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/epidemiological-assessment-hepatitis-b-and-c-among-migrants-eueea>
- [3] Découvertes de séropositivité VIH et de sida. Point épidémiologique, 23 mars 2017. [Internet]. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Decouvertes-de-seropositivite-VIH-et-de-sida.-Point-epidemiologique-du-23-mars-2017>
- [4] Meffre C. Prévalence des hépatites B et C en France en 2004. Décembre 2006. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2006. 176 p. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=4362
- [5] Ministère de la Santé et de la Protection sociale. Direction générale de la santé. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Programme national de lutte contre le VIH/sida en direction des étrangers/migrants vivant en France 2004/2006. Paris: DGS; 2004. 64 p. <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/progvihmigtotal.pdf>
- [6] Bertrand A, Carmantrand G, Chelli M, Cledjo I. Évaluation du programme national de lutte contre le VIH/sida en direction des étrangers/migrants vivant en France, mis en œuvre depuis 2004 et recommandations pour le développement ou la réorientation de certains axes au titre du programme prévu pour 2007-2008. Paris: Direction générale de la santé; 2007. 183 p.
- [7] Brutel C. La localisation géographique des immigrés. Insee Première. 2016;(1591):1-4. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2121524>
- [8] Afrique Avenir. Programme ZAC (Prévention sida, IST et hépatites auprès des populations d'origine africaine et caribéenne en France). Rapport d'activité 2015. Paris: Afrique Avenir; 2016. 104 p. <http://www.afriqueavenir.fr/wp-content/uploads/2016/09/RA-AA-2015.pdf>
- [9] Ndziessi G, Marsicano E, Lydié N. AfroBaromètre Santé 2011. Enquête auprès des personnes africaines et caribéennes en Île-de-France. Paris: Afrique Avenir; 2013. 70 p.

<http://www.afriqueavenir.fr/2015/05/04/publication-de-lafro-barometre-sante-2011/>

[10] Coates TJ, Richter L, Caceres C. Behavioural strategies to reduce HIV transmission: How to make them work better. *Lancet*. 2008;372(9639):669-84.

[11] Dhumeaux D. Éditorial. Les hépatites virales : une lutte sans relâche. *Bull Epidémiol Hebd*. 2015;(19-20):328-9. http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=10025

[12] Velter A, Sauvage C, Saboni L, Sommen C, Alexandre A, Lydié N, *et al*. Estimation de la prévalence du VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes fréquentant les lieux de convivialité gay de cinq villes françaises – PREVAGAY 2015. *Bull Epidémiol Hebd*. 2017;(18):347-54. http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=10825

[13] Velter A, Barin F, Bouyssou A, Le Vu S, Guinard J, Pillonel J, *et al*. Prévalence du VIH et comportement de dépistage des hommes fréquentant les lieux de convivialité gay parisiens. *Prevagay 2009*. *Bull Epidémiol Hebd*. 2010;(45-46):464-7. http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=141

[14] Guedj H, Morin T. Population immigrée. In: Tavernier JL, (dir.). *France – portrait social*. Paris: Institut national de la statistique et des études économiques (Insee); 2014. p. 178-9. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288529>

[15] Desgrees du Lou A, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A. Recueillir des parcours de vie : repères méthodologiques et population enquêtée. In : *Parcours. Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France*. Paris: La Découverte; 2017. p. 27-50.

[16] AIDES. Table ronde autour de la santé sexuelle des hommes noirs homos et bis en France (Dossier de presse). Paris: AIDES; 2017. <http://www.aides.org/actualite/black-pride-homosexuels-bisexuels-noirs-vih>

[17] Bonnet F, Fischer H, Lert F, Lot F, Supervie V, Tattevin P, *et al*. Épidémiologie de l'infection à VIH en France. In: Morlat P. (dir.). *Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts*. Paris: Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) et France REcherche Nord & sud Sida-hiv Hépatites (ANRS); 2017. 26 p. https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2017/10/experts-vih_epidemie.pdf

[18] Haute Autorité de santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France. Synthèse, conclusions et recommandations. Saint-Denis: HAS; 2017. 41 p.

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2024411/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-de-l-infection-a-vih-en-france

[19] ONUSIDA. En finir avec le sida. Progresser vers les cibles 90-90-90. Synthèse. Genève: ONUSIDA; 2017. 24 p http://www.unaids.org/fr/resources/documents/2017/20170720_Global_AIDS_update_2017

[20] Dray-Spira R, Gigonzac V, Vignier N, Pannetier J, Sogni P, Lert F, *et al*. Caractéristiques des personnes originaires d'Afrique subsaharienne suivies pour une hépatite B chronique en Île-de-France en 2012-2013. Données de l'enquête ANRS-Parcours. *Bull Epidémiol Hebd*. 2015;(19-20):339-47. http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=10027

[21] Haute Autorité de santé. Recommandation en santé publique. Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite B. Paris: HAS; 2016. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-07/recommandatin_place_des_tests_rapides_dorientation_diagnostique_trod_dans_la_strategie_de_depistage_de_lhepatite_b.pdf

[22] Jeanblanc G. Recommandation de la Haute Autorité de santé (France) pour le dépistage biologique des hépatites virales B et C. *BEHWeb*. 2011;(1). http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=9531

[23] Haute Autorité de santé. Recommandation en santé publique. Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C. Paris: HAS; 2014. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/place_des_trod_dans_la_strategie_de_depistage_de_vhc_rapport.pdf

[24] Pourette D, Dalsheimer L. VIH et hépatite B chronique chez des migrants subsahariens : des prises en charge différentes affectant le rapport aux soins, les attentes et les recours des patients. In: Desprès C, Gottot S, Mellerio H, Teixeira M, (dir.). *Regards croisés sur la santé et la maladie. Recherches anthropologiques, recherches cliniques*. Paris: Éditions des archives contemporaines; 2016. p. 175-96. <http://www.parcours-sante-migration.com/?-Publications-&lang=fr>

Citer cet article

Larsen C, Limousi F, Rahib D, Barin F, Chevaliez S, Peytavin G, *et al*. Infections VIH et VHB parmi les Afro-Caribéens d'Île-de-France : des prévalences élevées et des dépistages insuffisants. *Bull Epidémiol Hebd*. 2017;(28-29):609-16. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/29-30/2017_29-30_3.htm

CAMPAGNE SUR LA PRÉVENTION DIVERSIFIÉE AUPRÈS DES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES RÉALISÉE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE EN 2016 : DESCRIPTION D'UNE DÉMARCHE INNOVANTE ET ÉLÉMENTS DE BILAN

// CAMPAIGN ON COMBINED PREVENTION FOR MEN WHO HAVE SEX WITH MEN IN METROPOLITAN FRANCE IN 2016: DESCRIPTION OF AN INNOVATE APPROACH AND APPRAISAL ELEMENTS

Nathalie Lydié (nathalie.lydie@santepubliquefrance.fr), Vincent Machet, Cynthia Bessarion, Pierre Arwidson, Lucile Bluzat

Santé publique France, Saint-Maurice, France

Soumis le 06.09.2017 // Date of submission: 09.06.2017

Résumé // Abstract

Porter à la connaissance de l'ensemble des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes l'existence d'un ensemble de mesures très efficaces permettant d'endiguer l'épidémie de VIH : tel était l'objectif de la campagne mise en place dans l'espace public par Santé publique France fin 2016. Cet article a pour objectifs de décrire la mise en œuvre de cette campagne et d'en présenter des éléments de bilan en termes de retombées médiatiques et digitales.

Si la campagne a fait l'objet de nombreux commentaires, la thématique de la prévention diversifiée a été peu reprise sur le fond, le débat s'étant focalisé sur la visibilité accordée aux HSH dans l'espace public. Sur Internet et les réseaux sociaux, le bilan montre des taux moyens de clics, d'arrivées ou d'engagement supérieurs aux moyennes du marché publicitaire français.

Si Internet et les réseaux sociaux sont des outils performants pour toucher les HSH, il est difficile de s'adresser à ces derniers dans l'espace public en raison de l'opposition de groupes qui véhiculent un discours homophobe et déplacent le débat vers les questions d'homophobie, au détriment des questions de prévention. Une forte mobilisation des acteurs institutionnels et associatifs est donc nécessaire, à la fois pour maîtriser les termes du débat et pour atténuer les conséquences de tels propos sur les personnes concernées.

To raise men who have sex with men awareness of the very effective measures to constrain the HIV epidemic, a public campaign was launched by Santé publique France at the end of 2016. This article aims to describe the implementation of this campaign and its appraisal in terms of media and digital impact. While the campaign raised widespread commentary, comments were not so much on the combined HIV prevention, as on the visibility given to MSM in the public space. It generated an above-average click-through, visit and engagement rates on the Internet and social networks. If the Internet and social networks are powerful tools for reaching MSM, addressing them in the public space is made difficult by the opposition of groups who convey a homophobic discourse and move the debate towards homophobia at the expense of prevention issues. A strong mobilization of institutional and associative actors is therefore necessary both to control the terms of the debate but also to minimize the consequences of such remarks on the people concerned.

Mots-clés : VIH, Campagne, Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, Prévention diversifiée

// **Keywords:** HIV, Campaign, Men who have sex with men, Combined prevention

Introduction

Les hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes (HSH) sont très largement touchés par le VIH, notamment en Europe de l'Ouest, aux États-Unis et en Australie¹. En France, les rapports sexuels entre hommes sont le seul mode de transmission pour lequel le nombre de nouveaux diagnostics ne diminue pas ; en 2015, ils représentaient 43% des découvertes de séropositivité². Parallèlement, les enquêtes comportementales montrent une diminution de l'usage systématique du préservatif depuis le début des années 2000³. La réduction de la transmission du VIH grâce à l'efficacité des traitements antirétroviraux⁴ n'a pas permis de compenser cette baisse de protection,

en raison notamment d'un nombre trop important de HSH ignorant leur séropositivité. Le contrôle de l'épidémie passe donc aussi par une augmentation du recours au dépistage, comme le rappelle l'objectif des 3 x 90 de l'Onusida⁵. Enfin, l'efficacité démontrée de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) à travers les essais Ipergay⁶ et Proud⁷ a définitivement bouleversé l'approche préventive, qui repose désormais sur l'association de mesures comportementales et de stratégies de dépistage et sur le traitement antirétroviral.

Ces évolutions ont été soutenues, en France, par des recommandations qui ont élargi progressivement les indications aux traitements^{8,9} et incité à un dépistage plus régulier du VIH et des infections sexuellement

transmissibles (IST)¹⁰, accompagné par la mise à disposition des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD). La décision, inédite en Europe, de la ministre de la Santé de faciliter l'accès à la PrEP par son remboursement est venue compléter cet ensemble de mesures volontaristes visant à promouvoir cette prévention désormais qualifiée de « diversifiée », qui doit permettre d'augmenter le niveau global de prévention et donc réduire le nombre de nouvelles contaminations.

Si le concept de « prévention diversifiée » est récent, la promotion des différents outils de prévention a été mise en œuvre dès 2010, soutenue par l'avis du Conseil national du sida¹¹ et le groupe d'experts pour la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH⁹. Cependant, la réalité de l'épidémie en 2016, associée au constat que la socialisation des HSH se développe vers des lieux moins communautaires et *via* les réseaux sociaux, ont incité l'agence nationale de santé publique, Santé publique France, à opérer un double changement stratégique. Le premier a été de faire le choix de s'adresser aux HSH dans l'espace public, c'est-à-dire dans l'ensemble des espaces de passage et de rassemblement qui sont à l'usage de tous, afin de toucher l'ensemble des HSH et pas seulement ceux qui fréquentent les lieux communautaires. En effet, si dans l'Enquête Presse Gays et Lesbiennes (EPGL) 2011, 78% des HSH actifs sexuellement indiquaient avoir fréquenté au moins une fois un bar, un sauna ou une *backroom*, ce pourcentage n'est plus que de 64% dans la dernière enquête réalisée par Santé publique France. Par ailleurs, les analyses de Prevagay 2015 montrent que, dans la population de HSH fréquentant les établissements de convivialité gay, les deux premiers objectifs de l'Onusida sont atteints, à savoir que 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique et 90% des personnes dépistées reçoivent un traitement anti-rétroviral¹². Le second choix a été de donner une visibilité exclusive aux HSH alors que, jusqu'en 2016, toutes les campagnes nationales associaient un support « grand public » et des déclinaisons en direction des populations prioritaires (HSH et migrants d'Afrique subsaharienne), cette stratégie entraînant mécaniquement une baisse du taux d'exposition de chacun des publics au message spécifique le concernant. Cet article a pour objectifs de décrire la mise en œuvre de la campagne sur la prévention diversifiée réalisée par Santé publique France fin 2016 et d'en présenter des éléments de bilan en termes de retombées médiatiques et digitales.

La campagne : principes et élaboration

Trois acteurs clés ont participé à l'élaboration de la campagne : Santé publique France, une agence de communication et un comité d'interface. Santé publique France a défini la stratégie de communication, fixé les objectifs de la campagne et en a été le maître d'œuvre, en pilotant l'agence de communication, laquelle a eu un rôle de conseil et de conception-production des éléments de la campagne. Santé

publique France a animé par ailleurs un comité d'interface, organe pluridisciplinaire ouvert aux parties prenantes. Ainsi ont été réunis, dès février 2016, les principales associations de lutte contre le VIH, des chercheurs en santé publique, des cliniciens du VIH et les institutions structurant le champ (Conseil national du sida, Direction générale de la santé). L'objectif de ce comité était d'inscrire le projet dans une logique de co-construction avec les parties prenantes amenant leur expertise scientifique et profane. Les principes de la campagne ont été fixés en lien avec ce comité. Il s'agissait de réaliser :

- une campagne « strictement HSH » dans l'espace public ;
- une campagne promouvant la prévention diversifiée, visant à informer sur la diversité de l'offre de prévention et à installer un discours de prévention renouvelé autour des outils disponibles : préservatif, prophylaxie pré-exposition (PrEP), traitement comme outil de prévention (TasP), traitement post-exposition (TPE), dépistages du VIH et des IST ;
- une campagne s'appuyant sur les acteurs de terrain : associations et professionnels pouvant faire la « pédagogie » de la campagne et aider les personnes en questionnement à trouver le mode de protection adapté à leur situation.

Par ailleurs, conscients des réactions que ces partis pris novateurs pourraient susciter, le comité d'interface et Santé publique France ont travaillé sur des éléments de langage qui devaient permettre, le cas échéant, d'expliquer les choix faits dans le cadre de cette campagne.

En termes de création, le choix s'est porté sur des visuels mettant en scène des couples d'hommes de tous âges et de toutes origines (figure 1). Un doute était laissé sur la nature exacte de leur relation afin de souligner la diversité des situations, en écho à la diversité des outils de prévention.

Le dispositif média a associé un dispositif d'affichage dans l'espace public, un dispositif d'affichage communautaire, une présence dans les titres de presse gay et des bannières Internet.

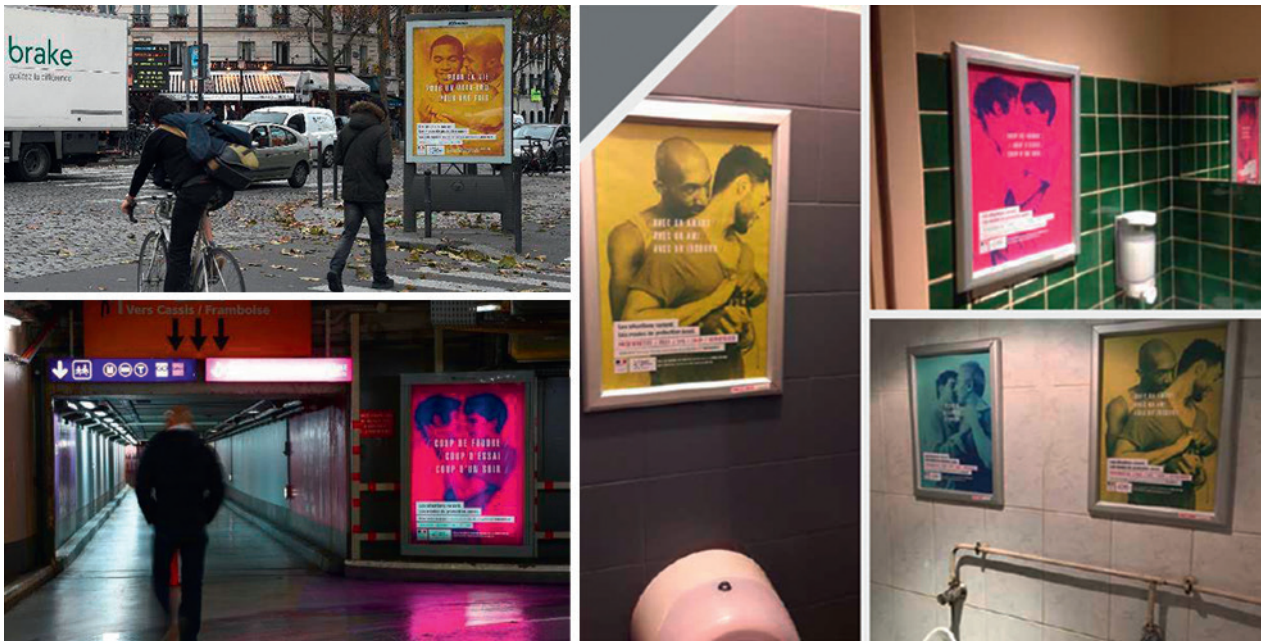
L'affichage dans l'espace public a été mis en place :

- du 16 au 29 novembre 2016, dans les abribus et sucettes de 132 agglomérations de plus de 20 000 habitants, soit 8 095 faces de 2 m². Un tel dispositif a permis de couvrir 54% du territoire métropolitain et de générer 458 millions de contacts estimés ou occasions de voir l'affiche⁽¹⁾ ;

⁽¹⁾ Cette donnée est calculée par le nombre de passages dans le bon sens de circulation devant les panneaux affichés, avec une distance maximale de 35 mètres pour le format d'affiche utilisé. L'institut Affimétrie mesure et réalise des enquêtes sur 55 000 individus sur 454 villes de plus de 10 000 habitants pour recueillir les informations sur les déplacements, les horaires, les itinéraires, etc. Au-delà du format et des flux, Affimétrie prend également en compte l'emplacement du panneau, la longueur de ses axes de visibilité et son éclairage.

Figure 1

Affiches de la campagne sur la prévention diversifiée à destination des HSH



HSH : hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes.

- du 14 au 23 novembre, dans une sélection de 49 centres commerciaux, soit 601 faces.

Le dispositif communautaire a combiné :

- de l’affichage dans 323 établissements gays et *gay friendly* répartis dans 37 villes, soit 1 359 faces visibles du 8 au 21 novembre 2016, devant générer 969 000 occasions de voir les affiches⁽²⁾ ;
- des annonces « pleine page » dans 17 titres de la presse gay nationale et locale, la presse pour les échangistes et libertins, de novembre 2016 à avril 2017 ;
- des actions de promotion de la campagne via un *photocall*⁽³⁾ interactif, des flyers et des autocollants dans des événements festifs, sportifs et culturels gays, de novembre 2016 à l’été 2017 ;
- des bannières Internet mises en ligne sur Facebook, des sites communautaires et des applications de rencontre, qui renvoyaient vers le site d’information www.sexosafe.fr de Santé publique France, où sont détaillés les outils de prévention promus dans le cadre de la campagne.

Veille médiatique et bilan des retombées

Comme pour toutes les communications de cette ampleur, une veille médiatique a été réalisée par le service presse de Santé publique France. Cette veille a concerné tous les supports : dépêches d’agences de presse, articles dans la presse quotidienne nationale et régionale, dans la presse hebdomadaire, sur les sites Internet d’information, sujets sur les chaînes TV nationales et régionales, *posts* sur les réseaux sociaux type Twitter. Chaque contenu a été analysé et classé selon sa tonalité : « neutre » si l’information était traitée de manière factuelle, « négative » si la campagne était réprouvée, « positive » dans les autres cas.

La première réaction à la campagne d’affichage est intervenue sous forme d’un tweet le 17 novembre, soit le lendemain de son démarrage. Ce tweet émanait d’un militant du mouvement *La manif pour tous*, qui revendiquait le saccage d’un panneau d’affichage. Il a été retweeté plus de 1 700 fois. La mobilisation contre la campagne s’est alors organisée sur les réseaux sociaux et une pétition a été lancée pour dénoncer « la propagande idéologique » du gouvernement et demander aux maires de retirer les affiches. Même si elles sont restées minoritaires, ces positions ont été largement médiatisées, la presse ayant par exemple relayé chaque demande de retrait des affiches par les mairies. Dans les faits, seules 16 villes ont demandé leur retrait, représentant 3% des faces réservées, le plus souvent alors même que la période d’affichage s’achevait. Les réponses aux opposants à la campagne ont été nombreuses et le travail de co-construction et d’anticipation des difficultés possibles avec le groupe d’interface a permis une réponse cohérente, aussi bien au niveau associatif que politique. La ministre de la Santé a vu son message de soutien retweeté plus de 16 000 fois.

⁽²⁾ Estimée par la régie publicitaire, cette donnée est calculée à partir de la fréquentation moyenne des établissements sur la période d’affichage, ajustée en fonction de l’emplacement et du nombre d’affiches posées.

⁽³⁾ Le *photocall* est un dispositif par lequel on invite les participants à poser dans ou devant un décor spécifique lors d’un événement.

Le Jury de déontologie publicitaire, saisi par les opposants, s'est prononcé en faveur des choix de Santé publique France⁽⁴⁾. Révélateur de clivages idéologiques importants, le sujet s'est invité dans le débat du premier tour de l'élection primaire de la droite et du centre, conduisant certains candidats à prendre position⁽⁵⁾. Il est d'ailleurs fort probable que le contexte électoral ait contribué à nourrir certaines réactions et le débat sur « les valeurs de la droite ». Les journalistes, quant à eux, se font fait l'écho de la campagne à partir du 18 novembre. Les premiers articles ont été des articles en ligne qui, comme leurs titres en témoignent, commentaient avant tout les échanges sur Twitter : « Des affiches de prévention pour les gays vandalisées par des homophobes (et Christine Boutin approuve) » (Huffington Post, 18/11/2016) ou encore « Sur Twitter, la guerre de l'affiche gay » (Rue89, le 18/11/2016). Entre les 18 et le 25 novembre, 192 retombées médiatiques ont été comptabilisées, la grande majorité (77%) sous forme d'articles sur des sites Internet d'information. Entre le 21 et 24 novembre, la plupart des grands quotidiens nationaux et des chaînes de télévision (France 2, France 5, BFMTV, etc.) se sont saisis du sujet. En termes de tonalité, la moitié des 192 retombées médiatiques ont été d'une tonalité « positive », soutenant la campagne et dénonçant les réactions homophobes, 30% étaient neutres, relayant le débat sans prendre position, et 20% étaient d'une tonalité plutôt négative. Les soutiens à la campagne ont émané majoritairement des titres de presse plutôt marqués à gauche (Le Monde, Libération, L'Humanité,...) tandis que la presse plutôt marquée à droite (Le Figaro, Le Point, L'Express...) a choisi, au mieux, la neutralité. Les articles les plus négatifs ont majoritairement été publiés dans des supports ayant une orientation politique de droite et d'extrême droite. Ils ont dénoncé une incitation à la débauche, une apologie de l'homosexualité et la glorification du métissage. Le Quotidien « Présent » titrait ainsi le 23 novembre « L'État premier pornographe de France ».

Sur le fond, très peu de médias ont repris la thématique de la prévention diversifiée, le débat s'étant focalisé sur la visibilité donnée aux HSH dans l'espace public. Cela montre que la prévention passe aussi par la lutte contre l'homophobie et la nécessité de conserver, en communication, des dispositifs communautaires dans lesquels les messages peuvent être passés sans risque de stigmatisation.

⁽⁴⁾ Le Jury de déontologie publicitaire a pour mission de se prononcer sur des plaintes émises à l'encontre de publicités, au regard des règles professionnelles : <http://www.jdp-pub.org/>

⁽⁵⁾ « Affiches sur le VIH censurées : Juppé critique les maires, Fillon les "comprend" ». L'EXPRESS.fr, publié le 23/11/2016 à 17:01 http://www.lexpress.fr/actualite/politique/lr/affiches-sur-le-vih-censurees-juppe-critique-les-maires-fillon-les-comprend_1853381.html

Bilan du volet digital communautaire

L'objectif premier du dispositif de bannières sur Internet était de rediriger les HSH vers le site sexosafe.fr, sur lequel ils pouvaient trouver de l'information sur la prévention diversifiée. Compte tenu de cet objectif, les trois indicateurs de performance retenus ont été :

- le taux de clics : il s'agit du rapport entre le nombre de clics sur une bannière et le nombre d'expositions à celle-ci, un internaute pouvant être exposé plusieurs fois ;
- le taux d'arrivées : il correspond au rapport entre le nombre de clics sur les bannières et le nombre d'arrivées sur le site. Cet indicateur permet d'écartier du comptage les personnes qui ont cliqué par erreur sur les bannières ;

Ces deux indicateurs ont été mesurés grâce à l'outil de la plateforme technologique DoubleClick (Google).

- le volume total de visites sur le site sexosafe.fr, que celles-ci viennent des clics sur les bannières ou *via* les moteurs de recherche. Cet indicateur permet de mesurer l'impact de la campagne globale sur le site. Ce troisième indicateur est mesuré par l'outil Analytics Suite (AT-internet).

Concernant le dispositif sur Facebook, l'objectif était que les HSH « likent », commentent ou partagent les messages au sein de la communauté HSH. Les indicateurs retenus ont été :

- le taux d'engagement, c'est-à-dire le pourcentage de personnes ayant aimé, commenté ou partagé notre publication, ou ayant cliqué dessus après l'avoir vue ;
- l'augmentation du nombre de fans de la page Facebook Sexosafe.

Ces deux indicateurs proviennent de la régie publicitaire Facebook.

Les bannières Internet ont enregistré un taux de clics moyen de 0,2%, ce qui est supérieur à la moyenne du marché publicitaire français, évaluée entre 0,05% et 0,08% par l'*Interactive Advertising Bureau*. À titre de comparaison, le taux de clics moyen des campagnes passées avec la marque « Prends-Moi », développée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé entre 2005 et 2015, oscillait entre 0,15% et 0,5%. Peu de publications étrangères ont été trouvées permettant une comparaison. On notera cependant que, dans la publication récente du CDC relatant la campagne mise en place à New-York en 2012 en réponse à une augmentation des infections invasives à méningocoque C chez les HSH, le taux de clics moyen sur les bannières était de 0,06%¹³, inférieur donc à celui obtenu dans le cadre de la campagne.

Le taux d'arrivée sur le site a été de 64%, supérieur de 4 points à la moyenne du marché publicitaire français et de 9 points à la moyenne du dispositif Prends-Moi

(55%). Sur Facebook, le taux d'engagement moyen pour les 31 messages postés a été de 10%, alors que le taux moyen d'engagement du marché est évalué à 3% par Facebook France. Des pics à 25% ont été enregistrés pour des messages qui reprenaient les visuels de la campagne, et notamment le visuel rose qui mettait en scène un jeune couple de HSH. En parallèle, la page Facebook Sexosafe a gagné 2 744 nouveaux fans entre le 1^{er} novembre et le 19 janvier.

Cet intérêt pour la campagne s'est traduit par 276 064 visites sur le site sexosafe.fr entre le 8 novembre et le 31 décembre (figure 2), correspondant à 261 612 visiteurs. Ce nombre peut être mis en regard avec le nombre estimé de HSH en France, soit environ 280 000 hommes âgés de 18 à 60 ans¹⁴. Plus de 55% des visites provenaient des bannières Internet mises en ligne sur Facebook et sur les sites et applications communautaires. Jusqu'à 12 000 visites par jour ont été enregistrées, avec un pic atteint le 28 novembre. Une première baisse de trafic est constatée après la fin de la campagne d'affichage dans l'espace public : autour de 5 000 visites par jour. La fin de la campagne digitale, à partir du 20 décembre, a fait passer le nombre de visites à moins de 2 000 par jour. Les visites sur le site sexosafe.fr qui se sont poursuivies au-delà de la page d'accueil ont débouché dans 50% des cas sur la section qui traitait des questions de dépistage (figure 3). Les informations sur la prophylaxie pré-exposition ont concerné 14% des visites, alors que c'est la partie qui comportait les informations probablement les moins connues des HSH compte

tenu de sa nouveauté. Le temps moyen passé sur le site a été supérieur à 4 minutes.

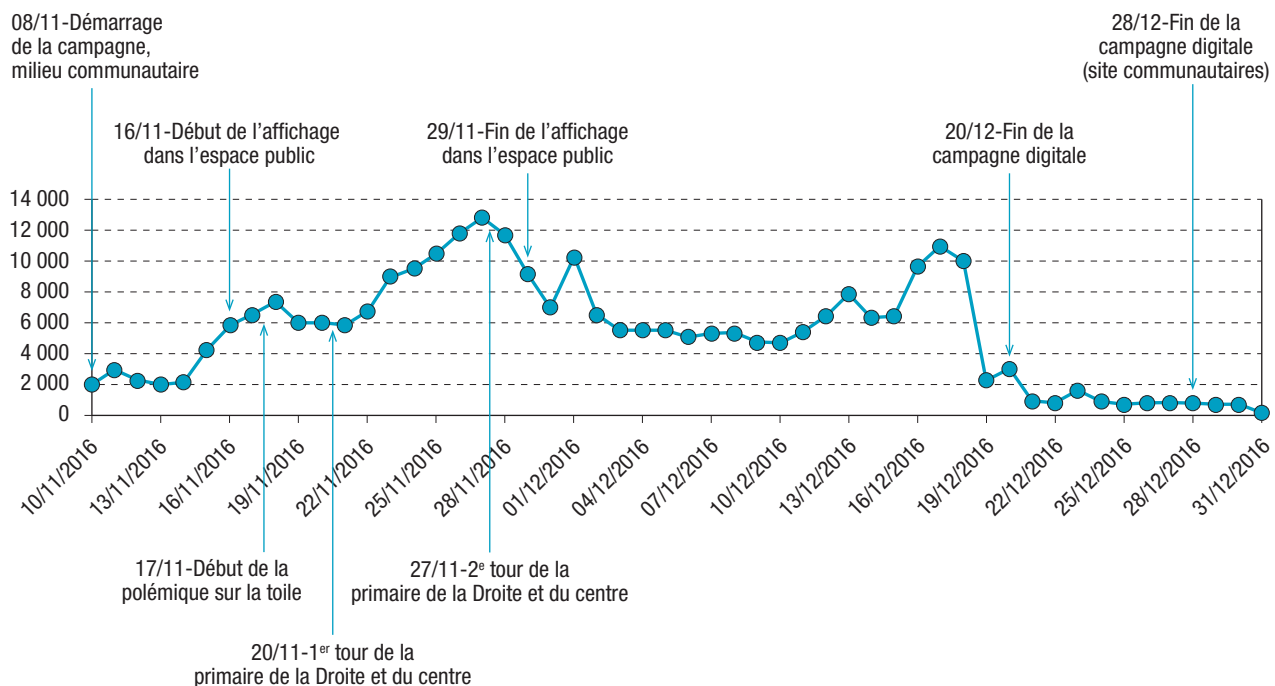
Les indicateurs recueillis montrent que le volet digital a été performant : il a permis d'amener notre cible sur le site sexosafe.fr, qui présentait les différents outils de prévention aujourd'hui disponibles. Bien entendu, ces indicateurs ne nous renseignent pas sur l'appropriation du message par la population. Cette dimension est mesurée par un dispositif d'enquêtes répétées mises en place par Santé publique France depuis début 2017 et dont l'objectif premier est d'évaluer, dans le temps, l'appropriation de la prévention diversifiée par les HSH.

Conclusion

Internet et les réseaux sociaux sont des outils performants pour toucher la cible des HSH, mais il est tout aussi légitime de pouvoir s'adresser à eux dans l'espace public en tant que composante à part entière de la société française. Dans le cas de cette campagne, l'opposition de groupes, certes minoritaires mais très bien organisés, véhiculant un discours homophobe, a eu pour conséquence de déplacer l'attention et le débat vers les questions d'homophobie au détriment des questions de prévention. Dans un tel contexte, une forte mobilisation des acteurs institutionnels et associatifs est nécessaire, à la fois pour maîtriser les termes du débat mais aussi pour atténuer les conséquences de tels propos sur les personnes concernées, qui peuvent se sentir stigmatisées et fragilisées¹⁵. ■

Figure 2

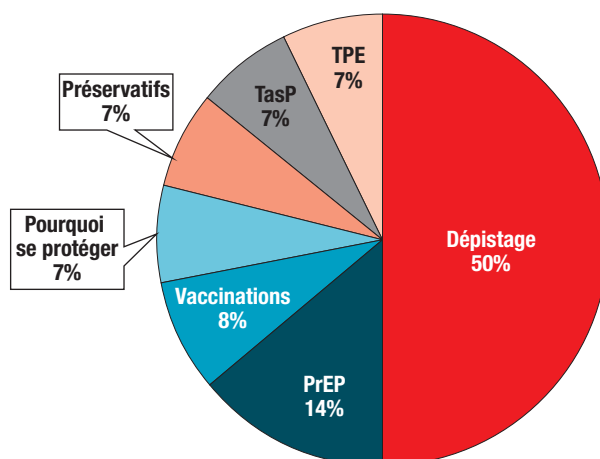
Évolution du nombre de visites sur le site sexosafe.fr entre le 8 novembre et le 21 décembre 2016



Source : AT-Internet.

Figure 3

Répartition des visites par thématique, hors page d'accueil, sur le site sexosafe.fr entre le 8 novembre et le 21 décembre 2016



Source : AT-Internet.

TasP : traitement comme outil de prévention ; TPE : traitement post-exposition ; PrEP : prophylaxie pré-exposition.

Remerciements

Les auteurs remercient les membres du comité d'interface pour leur implication tout au long de la campagne, ainsi que Delphine Rahib et Annie Velter pour leur relecture attentive et leurs commentaires constructifs.

Références

[1] Beyrer C, Baral SD, van Griensven F, Goodreau SM, Chariyalertsak S, Wirtz AL, *et al.* Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *Lancet*. 2012;380(9839):367-77.

[2] Santé publique France. Dossier thématique. Infection à VIH et sida. [Internet] <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites>

[3] Méthy N, Velter A, Semaille C, Bajos N. Sexual behaviours of homosexual and bisexual men in France: A generational approach. *PLoS One*. 2015;10(3):e0123151.

[4] Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseini-pour MC, Kumarasamy N, *et al.*; HPTN 052 Study Team. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med*. 2011;365(6):493-505.

[5] 90-90-90 : Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida. Genève: ONUSIDA; 2014. 38 p. <http://www.unaids.org/fr/resources/documents/2014/90-90-90>

[6] Molina JM, Capitant C, Spire B, Pialoux G, Cotte L, Charreau I, *et al.*; ANRS IPERGAY Study Group. On-demand preexposure prophylaxis in men at high risk for HIV-1 Infection. *N Engl J Med*. 2015;373(23):2237-46.

[7] McCormack S, Dunn DT, Desai M, Dolling DI, Gafos M, Gilson R, *et al.* Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. *Lancet*. 2016;387(10013):53-60.

[8] Morlat P (Dir.). Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts – Rapport 2013. Paris: La Documentation française; 2013. 480 p. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/catalogue/9782110095633/index.shtml>

[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. 416 p. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000099/index.shtml>

[10] Haute Autorité de santé. Recommandation en santé publique. Dépistage de l'infection par le VIH en France : stratégies et dispositif de dépistage. Saint-Denis: HAS; 2009. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_866949/fr/depistage-de-l-infection-par-le-vih-en-france-strategies-et-dispositif-de-depistage

[11] Avis sur l'intérêt potentiel du concept de prophylaxie pré-exposition du VIH/sida (PrEP). Paris: Conseil national du sida; 2012. 34 p. <https://cns.sante.fr/rapports-et-avis/prevention/avis-sur-linteret-potentiel-du-concept-de-prophylaxie-pre-exposition-du-vihsida-prep/>

[12] Velter A, Sauvage C, Saboni L, Sommen C, Alexandre A, Lydié N, *et al.* Estimation de la prévalence du VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes fréquentant les lieux de convivialité gay de cinq villes françaises – PREVAGAY 2015. *Bull Epidémiol Hebd*. 2017;(18):347-54. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=13412

[13] Kratz MM, Weiss D, Ridpath A, Zucker JR, Geevarughese A, Rakeman J, *et al.* Community-based outbreak of *Neisseria meningitidis* serogroup C infection in men who have sex with men, New York City, New York, USA, 2010-2013. *Emerg Infect Dis*. 2015;21(8):1379-86.

[14] Bajos N, Bozon M (Dir.). Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé, Paris: La Découverte; 2008. 609 p.

[15] Beck F, Firdion JM, Legleye S, Schiltz MA. Risques suicidaires et minorités sexuelles : une problématique récente. *Agora débats/jeunesses*. 2011;58(2):33-46.

Citer cet article

Lydié N, Machet V, Bessarion C, Arwidson P, Bluzat L. Campagne sur la prévention diversifiée auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes réalisée en France métropolitaine en 2016 : description d'une démarche innovante et éléments de bilan. *Bull Epidémiol Hebd*. 2017;(29-30):617-22. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/29-30/2017_29-30_4.htm

CONTEXTE ET PERCEPTIONS SOCIALES DU DON DE SANG CHEZ DES DONNEURS TROUVÉS POSITIFS POUR LE VIH EN FRANCE*

// CONTEXT AND SOCIAL PERCEPTIONS OF BLOOD DONATION IN DONORS FOUND POSITIVE FOR HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS IN FRANCE

Josiane Pillonel¹ (josiane.pillonel@santepubliquefrance.fr), Alice Duquesnoy¹, Bruno Danic², Aurélie Santos³, Christophe Martinaud⁴, Geneviève Woimant², Syria Laperche³, Pierre Tiberghien², Marie Jauffret-Roustide^{1,5}, pour le comité de pilotage de l'étude**

¹ Santé publique France, Saint-Maurice, France

² Établissement français du sang, Saint-Denis, France

³ Institut national de la transfusion sanguine, Paris, France

⁴ Centre de transfusion sanguine des armées, Clamart, France

⁵ Cermes3 (Inserm U988/CNRS UMR8211/EHESS/Université Paris Descartes), Paris, France

* Ce texte est une adaptation de l'article initialement publié en anglais sous la référence suivante : Duquesnoy A, Danic B, Santos A, Martinaud C, Woimant G, Laperche S, *et al*; for the Steering Committee. Context and social perceptions of blood donation in donors found positive for human immunodeficiency virus in France. *Transfusion*. 2017;57(9):2240-47.

** Membres du comité de pilotage : Frédéric Bigey, François Charpentier, Brun Danic, Rachi Djoudi, Marie Jauffret-Roustide, Syria Laperche, Caroline Lefort, Christophe Martinaud, Corine Nicoué, Bertrand Pelletier, Josiane Pillonel, Elodie Pouchol, Aurélie Santos.

Soumis le 11.08.2017 // Date of submission: 08.11.2017

Résumé // Abstract

Contexte – En France, les informations recueillies lors des consultations post-don montrent qu'une majorité de donneurs de sang infectés par le VIH auraient dû être ajournés, car ne répondant pas aux critères de sélection. Afin de maintenir un niveau de sécurité transfusionnelle optimal, il était important de mieux comprendre les raisons pour lesquelles l'étape de sélection n'avait pas permis d'écartier ces donneurs, notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH).

Matériel et méthodes – Des entretiens individuels semi-directifs ont été réalisés avec 32 donneurs de sang trouvés VIH positifs entre mi-2011 et 2014, dans l'objectif de recueillir des informations sur leur expérience et leurs motivations pour le don du sang, leur compréhension des critères de sélection, leur gestion du risque sexuel et leur opinion sur le processus de sélection des donneurs. Les entretiens ont été analysés dans une logique inductive.

Résultats – Plus de 50% (17/32) des participants à l'étude n'étaient pas conformes aux critères de sélection des donneurs de sang. Parmi les principales raisons de non-déclaration des facteurs de risque dans le questionnaire ou lors de l'entretien pré-don figuraient la crainte de la stigmatisation, la surveillance du statut VIH, l'attachement symbolique au don de sang et le contexte du don (confidentialité, type de collecte...). Par ailleurs, l'évaluation des comportements sexuels à risque n'était pas toujours bien appréhendée par les donneurs eux-mêmes. Enfin, la notion de « fenêtre silencieuse » et les arguments épidémiologiques sur lesquels se basent les critères de sélection des donneurs étaient mal compris. La majorité des participants à l'étude étaient opposés à l'ajournement permanent des HSH.

Conclusion – Cette étude a montré la nécessité d'une meilleure communication sur la fenêtre silencieuse et sur les fondements épidémiologiques sur lesquels reposent les critères de sélection des donneurs de sang pour améliorer leur conformité. Ces résultats ont déjà permis l'amélioration du questionnaire pré-don, dans le contexte de la révision des critères de sélection des donneurs intervenue en 2016.

Background – In France, information collected during post-donation interviews showed that a majority of HIV infected donors were not eligible to donate as per donor selection criteria. In the interest of blood safety, this study aimed to explore the mechanisms of non-compliance with blood donor selection criteria, notably the permanent deferral of men who have sex with men (MSM).

Material and methods – Semi-structured individual interviews were conducted with 32 blood donors found positive for HIV between mid-2011 and 2014. Topics such as the experience and motivations for donating blood, understanding of selection criteria, sexual risk management, and opinions on donor selection were discussed. Transcripts were analyzed inductively.

Results – More than 50% (17/32) of study participants were non-compliant with donor selection criteria. Reasons for non-disclosure of risk factors in the pre-donation questionnaire or the pre-donation interview included stigma, test-seeking motivations, symbolic attachment to blood donation and context of donation (confidentiality, type of blood collection...). Donors lacked self-reflexivity in their assessment of risky sexual behavior.

Finally, the “window period” and the underlying epidemiological arguments for donor selection criteria were poorly understood. Nearly all participants disapproved of the permanent ban on blood donations from MSM.

Conclusion – This study demonstrated the need for more communication on the epidemiological basis for donor selection criteria and on the window period to facilitate donor compliance. These findings have already advanced improvements to pre-donation documents, in a larger context of 2016 donor selection criteria revision.

Mots-clés : VIH, donneurs de sang, Non-compliance, Critères de sélection, Enquête qualitative
// Keywords: HIV, Blood donors, Non-compliance, Selection criteria, Qualitative survey

Introduction

La sécurité transfusionnelle infectieuse repose essentiellement sur les deux étapes que sont la sélection des donneurs de sang en amont du don et les tests biologiques effectués sur chaque don. La sélection des donneurs permet d'ajourner du don les personnes présentant des facteurs de risque pour des infections transmissibles par le sang. Elle est assurée par un questionnaire pré-don (QPD) et un entretien pré-don (EPD) avec un membre du personnel médical, qui permettent d'identifier les risques infectieux sexuels et ceux liés au voyage, à l'usage de drogues ou aux actes médicaux. Les tests biologiques réalisés sur chaque don de sang permettent d'écartier les dons infectés par le VIH, le VHC, le VHB, l'HTLV et la syphilis, hormis dans une situation où le don est effectué dans la phase de mutité biologique, appelée « fenêtre silencieuse », qui se situe juste après la contamination. Ainsi, la compréhension des critères de sélection et de la fenêtre silencieuse est cruciale pour que les donneurs réalisent l'importance de déclarer leurs éventuelles expositions à risque.

Chaque année, environ 1,7 million de personnes font un don de sang en France, soit 3,9% de la population générale âgée de 18 à 70 ans. La moitié d'entre elles sont des hommes et 20% sont des nouveaux donneurs. La prévalence du VIH (0,54 pour 10 000 nouveaux donneurs) est environ 70 fois plus faible qu'en population générale (38 pour 10 000), et l'incidence du VIH est 17 fois plus faible (1,01 pour 100 000 donneurs-années vs 17 pour 100 000 personnes-années)^{1,2}. Ces différences sont principalement dues à la sélection des donneurs de sang et à l'auto-exclusion du don de sang des personnes qui connaissent leur séropositivité VIH.

Malgré l'efficacité de la sélection des donneurs de sang, les investigations menées par l'Établissement français du sang (EFS) et le Centre de transfusion sanguine des armées (CTSA) lors des consultations post-don montrent qu'une majorité des donneurs découverts séropositifs pour le VIH auraient pu être ajournés lors de l'EPD, car ils ne répondaient pas aux critères de sélection. Parmi ces donneurs, plus de la moitié avait déjà donné auparavant (donneurs connus). De plus, malgré l'ajournement permanent des HSH du don de sang (critère en vigueur au moment de l'étude et jusqu'en juin 2016 en France), près de la moitié des donneurs trouvés séropositifs (44% sur la période 2011-2015) étaient des HSH³. Par conséquent, il est apparu important de comprendre pourquoi les donneurs dépistés séropositifs pour

le VIH lors d'un don de sang n'avaient pas été ajournés lors du processus de sélection.

Pour répondre à cette question, une étude qualitative a été réalisée dans l'objectif i) d'explorer les connaissances et les motivations des personnes séropositives qui donnent leur sang, ii) d'analyser les mécanismes de la non-compliance⁽¹⁾ aux critères de sélection des donneurs de sang, iii) d'évaluer la compréhension de ces critères, notamment concernant l'ajournement permanent des HSH, iv) d'émettre des recommandations sur le processus de sélection des donneurs pour améliorer la compliance et *in fine* la sécurité transfusionnelle.

Cette étude a été réalisée dans un contexte de révision des critères de sélection des donneurs de sang, qui reposaient sur un arrêté du 12 janvier 2009⁴ et dont le critère le plus controversé était l'ajournement permanent des HSH du don de sang.

Méthodes

Les participants à l'étude ont été recrutés parmi les personnes ayant donné leur sang en France métropolitaine auprès de l'EFS ou du CTSA, et dépistés positifs pour le VIH lors d'un don effectué entre mi-2011 et 2014. Au cours de cette période de trois ans et demi, plus de 10 millions de dons ont été collectés, parmi lesquels 91 ont été trouvés VIH positifs.

Les entretiens semi-directifs ont été menés entre novembre 2014 et août 2015 par la même enquêtrice dans 22 villes en France métropolitaine. Le guide d'entretien contenait plusieurs thématiques parmi lesquelles le rapport personnel au don de sang, les circonstances du dernier don, le ressenti du donneur sur le questionnaire et l'entretien pré-don, l'identité et l'activité sexuelle (nombre de partenaires, genre du/des partenaires), les pratiques à risque et la gestion du risque sexuel (utilisation du préservatif, test de dépistage du VIH...), la connaissance des critères de sélection et la compréhension de la fenêtre silencieuse. Le guide d'entretien et le protocole d'étude ont été approuvés par le Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS – avis n° 13.711) et par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil – décision n° DR 2014-159).

⁽¹⁾ La compliance se définit par l'adhésion à une mesure de santé publique et à son respect.

Les retranscriptions ont été importées dans un logiciel d'analyse qualitative (NVivo 10) et analysées par une méthode inductive⁵. Les extraits des entretiens ont été numérotés afin de préserver l'anonymat des participants.

Résultats

Parmi les 91 donneurs de sang éligibles à l'étude, 75 ont été contactés par téléphone. Quarante étaient volontaires pour participer, parmi lesquels 8 n'ont pas été interrogés, l'objectif de 30 participants ayant été atteint. Les 35 donneurs restants étaient injoignables (n=6) ou ont refusé (n=16) ou n'ont pas répondu (n=13).

Les participants et les non-participants à l'étude étaient comparables en termes de type de donneurs (nouveau/connu), de sexe, d'âge, d'origine géographique, de zone de résidence et de mode probable de contamination (tableau). Toutes les femmes qui ont participé à l'étude (n=10) ont indiqué avoir été

contaminées lors de rapports sexuels avec des hommes : deux étaient multipartenaires, deux avaient un partenaire originaire d'Afrique subsaharienne, deux un partenaire séropositif, une avait un partenaire bisexuel et, pour trois d'entre elles, le risque du partenaire n'était pas connu. Parmi les 22 hommes, 13 ont indiqué avoir été contaminés lors de rapports sexuels entre hommes, et 2 d'entre eux se sont déclarés bisexuels. Sept hommes ont déclaré avoir été contaminés lors de rapports sexuels avec des femmes : 1 était multipartenaire, 1 avait une partenaire originaire d'Afrique subsaharienne, 4 une partenaire séropositive et, pour 1, le risque de la partenaire n'a pas été identifié. Enfin, 2 hommes travaillant dans le milieu médical ont avancé une contamination possible par un accident d'exposition au sang.

Les entretiens ont permis de constater que 17 participants (53%) étaient non-compliants aux critères de sélection. Quatre (sur 7) étaient des nouveaux donneurs (57%) et 13 (sur 24) des donneurs connus (54%).

Tableau

Comparaison des caractéristiques des participants à l'étude et des non-participants parmi les donneurs de sang dépistés VIH positifs entre mi-2011 et 2014 en France métropolitaine

	Participant*		Non-participant**		p
	n	%	n	%	
Total	32	–	59	–	–
Type de donneur					0,18
Nouveau donneur	7	21,9	21	35,6	
Donneur connu	25	78,1	38	64,4	
Sexe					0,25
Femme	10	31,3	12	20,3	
Homme	22	68,8	47	79,7	
Âge au moment du don VIH+					0,75
Âge moyen		33,3		34,2	
Minimum		18		18	
Maximum		60		64	
Origine géographique***					0,06
France métropolitaine	28	87,5	41	69,5	
Europe (hors France)	1	1	1	1,7	
Afrique subsaharienne	0	0	8	13,6	
Afrique du Nord	3	9,4	3	5,1	
Territoires d'outre-mer	0	0,0	4	6,8	
Autre	0	0,0	2	3,4	
Résidence					0,40
Région parisienne	12	37,5	17	28,8	
Autre région	20	62,5	42	71,2	
Mode probable de contamination par le VIH					0,20
Rapports sexuels entre hommes	13	40,6	21	35,6	
Rapports sexuels entre hommes et femmes	17	53,1	26	44,1	
Inconnu	2	6,3	12	20,3	

* Caractéristiques obtenues pendant l'entretien.

** Caractéristiques obtenues pendant la consultation médicale post-don.

*** La comparaison a été faite selon : France métropolitaine / hors France métropolitaine.

Pour 5 donneurs connus, le don antérieur au don dépisté VIH positif remontait à plus de trois ans ; pour 3 autres, il se situait entre un et trois ans, et pour les 5 derniers, l'infection était très récente puisque ce don remontait à moins d'un an, augmentant le risque qu'il se situe dans la fenêtre silencieuse. Quatorze donneurs ne présentaient pas de motif d'ajournement au moment du don : tous avaient des facteurs de risque anciens et ne connaissaient pas le statut sérologique de leur partenaire. Dans un seul cas, l'entretien n'a pas permis de déterminer si le donneur était ou non compliant.

Le contexte de la collecte de sang

Les entretiens ont mis en exergue une insuffisance ou un manque d'efficacité de la communication sur les critères de sélection auprès des candidats au don. Deux documents clefs fournissent des informations sur la sélection des donneurs de sang et sont distribués aux candidats préalablement au don : le document d'information pré-don et le QPD. Alors que tous les participants à notre étude se souvenaient avoir rempli le QPD, nombreux étaient ceux disant ne pas avoir eu le document d'information pré-don. En outre, certaines informations importantes qui figurent dans le QPD, comme par exemple le fait de ne pas utiliser le don de sang pour se faire dépister, ne sont pas toujours lues par les donneurs. « *On passe aux questions direct ! Je pense que tout le monde machinalement l'ouvre et répond au questionnaire... Parce que, quand vous passez l'inscription, on vous dit "surtout n'oubliez pas de remplir le questionnaire". Donc heu... on remplit le questionnaire. La lecture après...* » (interview 22).

Certains donneurs réguliers ont exprimé leur agacement envers le QPD du fait de sa longueur et de sa redondance. Plusieurs ont déclaré qu'ils ne le lisaient plus et cochaient de manière automatique « non » à toutes les questions et certains ont proposé un questionnaire simplifié pour les donneurs connus. Les donneurs nouveaux ou occasionnels ont affirmé lire et répondre au questionnaire plus attentivement. Par ailleurs, une préférence pour l'EPD a été évoquée par certains participants, qui ont apprécié le dialogue avec le personnel médical et indiqué se sentir plus à même d'évoquer des pratiques à risque à l'oral plutôt que sur papier. « *Parce que je pense que c'est plus difficile de mentir à une personne que sur un bout de papier. Et une fois qu'on a menti sur papier et qu'après on passe devant la personne, on va moins se... enfin c'est difficile aussi de revenir en arrière et de dire "non j'aurais peut-être pas dû remplir ça"* » (interview 4).

Les entretiens ont montré qu'il y avait des lacunes dans la connaissance ou la compréhension des critères de sélection. Une majorité de participants ne connaissait pas la logique épidémiologique qui sous-tend les critères de sélection et justifie l'ajournement des candidats au don qui présentent des facteurs de risque, même s'ils sont séronégatifs pour le VIH. Dans ce cas, l'ajournement pouvait être source de frustration pour des donneurs qui se sentaient en bonne santé. Seuls 6 participants avaient compris la notion de fenêtre silencieuse, dont

5 lors de l'entretien post-don ou d'un dépistage VIH en laboratoire. Aucun donneur n'avait compris le lien entre la fenêtre silencieuse, le questionnement sur les pratiques sexuelles récentes dans le QPD et l'ajournement temporaire après une exposition à risque. Plusieurs donneurs ont suggéré que l'EPD pourrait commencer par une définition de la fenêtre silencieuse, afin que tous comprennent le bien-fondé des questions sur leur activité sexuelle.

Tous les participants ont évoqué des difficultés liées à l'organisation de la collecte de sang, notamment la perception d'un défaut de confidentialité lors de l'EPD et du QPD. Ils considèrent que les collectes de sang en site fixe se déroulent dans des conditions plus confidentielles que les collectes mobiles, ce qui peut faciliter la libre expression des candidats au don. Si la plupart des donneurs ont simplement été gênés par des conditions de confidentialité non optimales, 4 donneurs ont plus spécifiquement déclaré que le manque de confidentialité les avait empêchés de communiquer, lors de l'EPD, certaines informations qui les auraient exclus du don. Ils avaient donné lors de collectes mobiles organisées dans des petites villes, en entreprise ou à l'armée, lieux où l'anonymat et l'intimité sont difficiles à assurer du fait de la présence de collègues ou de proches. « *Mais là, je pense que j'ai menti, oui. Mais je vais vous dire pourquoi, par contre. Autant dans les villages, il y a une proximité et c'est très bien, mais autant il y a des choses, on ne les dira pas* » (interview 32). De plus, 3 donneuses ont déclaré qu'elles s'étaient senties jugées par le médecin lors de l'EPD et ont exprimé leur gêne de discuter de sexualité avec lui.

La dimension individuelle du don de sang

La plupart des participants ont montré un fort engagement dans le don de sang lié à une sensibilisation personnelle et professionnelle : 15 donneurs avaient des proches donneurs de sang et 7 un métier relié au médical. Pour au moins 8 donneurs très réguliers, le don de sang procurait une rétribution symbolique forte sous la forme du sentiment positif de se sentir utile. De plus, le contact avec le personnel médical était une source de satisfaction. « *Enfin moi personnellement pour moi, oui sentir qu'on est utile. [...] Ça ne prenait pas beaucoup de temps, les infirmières à chaque fois étaient super-gentilles, généralement, j'allais avec des amis différents à chaque fois, donc, c'était un bon moment quoi !* » (interview 9). Cependant, lorsque le don de sang constitue un geste symbolique fort, dont on tire un bénéfice personnel, la compliance peut être perçue comme secondaire. Ainsi, certains donneurs ont dit qu'ils n'avaient pas donné certaines informations lors de l'EPD par peur d'être ajournés. « *Si j'avais dit la vérité je pense que je ne serais pas passé à l'étape d'après !* » (interview 6).

Les participants ont tous évoqué, en première intention, leurs motivations altruistes, telles que « *sauver des vies* », « *contribuer* », « *aider* », « *faire une bonne action* » ; d'autres ont évoqué des motivations sociales telles que « *devoir civique* », « *engagement familial* ». Cependant, plus de la moitié d'entre eux (18/32) ont

déclaré que le don de sang leur permettait également de surveiller leur statut VIH. « *Ils ont mon sang, je ne vais pas faire une prise de sang en plus pour savoir si le sang que je leur ai donné est potable parce que, eux-mêmes, ils le font le truc [test]* » (interview 7).

Grâce à des questions sur le mode probable de contamination, nous avons pu analyser la manière dont ces donneurs évaluaient leurs prises de risque par rapport au VIH. Certains les banalisaient, prétendant qu'elles étaient inévitables. Ceci revient à percevoir le VIH comme une fatalité (une simple question de probabilité), entièrement dissociée du comportement à risque qui en est à l'origine. D'autres se sentaient protégés face au VIH. « *Moi je pensais que c'était pour les autres, mais pas pour moi. Comme on dit, c'est chez les autres et pas chez nous* » (interview 18).

Certains donneurs évaluaient leur niveau de risque par rapport à une construction personnelle et imaginaire de ce qu'est une personne ou un groupe « à risque ». De tels groupes – à la fois stigmatisés et perçus comme stigmatisés – sont construits selon un mode de vie, un âge ou de vagues pressentiments et non sur des comportements sexuels. Par exemple, une donneuse a été surprise d'apprendre sa séropositivité, alors qu'elle avait tout fait pour maintenir un mode de vie qu'elle percevait comme sain. « *Moi, je sais que je suis clean, je fume pas, je bois pas, je me drogue pas, encore moins, donc voilà je vous dis je fais du sport, je mange beaucoup de légumes, de fruits, pas trop gras, je fais attention à ce que je mange, je savais que j'avais un corps sain ! C'est pour ça que ça m'a d'autant plus fait mal, parce que je fais attention à moi* » (interview 18).

Le don de sang et les HSH

Au cours des entretiens, 13 hommes ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avec des hommes. Certains, qui se définissaient comme homosexuels, disaient qu'ils n'étaient pas à l'aise pour révéler leur orientation sexuelle dans certains contextes sociaux. Ces 13 donneurs ont dit qu'ils n'en avaient pas informé le médecin de collecte, soit parce que le lieu n'était pas suffisamment confidentiel, soit à cause de leur attachement symbolique au don de sang ; leur désir de donner, ajouté à l'ignorance de leur séropositivité, a primé sur la compliance. En revanche, dans notre étude, aucun HSH n'a déclaré avoir donné son sang en acte de protestation contre le critère d'ajournement des HSH. Enfin, la moitié des participants à l'étude, dont certains HSH, ont précisé qu'ils ne savaient pas qu'un rapport sexuel entre hommes ne permettait pas le don de sang.

Pour autant, une large majorité des participants (27/32) a affirmé rejeter l'ajournement permanent des HSH au don de sang. Sur les 5 qui ne l'ont pas désapprouvé (2 femmes et 3 hommes), 1 seul était un HSH identifié comme bisexuel. D'un point de vue moral et social, ils rejetaient l'association entre « HSH » ou « gay » et le « VIH ». D'un point de vue pragmatique, ils ne comprenaient pas le lien entre HSH et sécurité transfusionnelle. La plupart rejetait la logique réductrice du critère, basée sur des stéréotypes et

des généralisations du « comportement sexuel homosexuel ». La désapprobation d'un ajournement d'un an était identique à celle de l'ajournement permanent. En outre, un donneur a évoqué l'impact psychologique d'une telle mesure, perçue comme une exclusion stigmatisante et injustifiée. « *Ça fait peur. Une personne qui commence à comprendre qu'il est homosexuel, qui vient faire un don du sang, on lui explique que peut-être t'es homosexuel, t'as pas le droit à donner ton sang. On a l'impression quand même qu'on va être forcément malade à un moment parce qu'on est homosexuel. Donc ça fait peur* » (interview 24).

Les participants ne comprenaient pas la justification d'un critère de sélection différent pour les HSH. La pertinence de la mesure pour la garantie de la sécurité transfusionnelle ne leur paraissait pas évidente du fait que la fenêtre silencieuse est la même pour tous. Certains ont exprimé le souhait d'un critère basé sur le comportement sexuel, identique pour tous les donneurs, quelle que soit l'orientation sexuelle, de ne pas « *mettre tout le monde dans le même panier* » (interview 14).

Discussion

Cette étude, portant sur des donneurs dépistés positifs pour le VIH à l'occasion d'un don de sang, a montré que plus de la moitié des participants n'avaient pas été compliants aux critères de sélection des donneurs de sang. Les raisons de la non-déclaration des facteurs de risque dans le QPD ou pendant l'EPD sont notamment la stigmatisation des personnes LGBT (lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres), la surveillance du statut VIH, l'attachement symbolique au don de sang, la méconnaissance ou l'incompréhension des critères de sélection et le sentiment d'absence de confidentialité lors du don. L'ensemble de ces processus sont apparus au fil des entretiens comme très intriqués, certains pouvant servir de justifications inconscientes à d'autres. Ainsi, bien que l'altruisme soit une motivation initiale forte, la recherche d'un test VIH apparaît comme une motivation secondaire chez certains donneurs de sang réguliers. Cette étude a également montré un manque d'auto-évaluation des donneurs vis-à-vis de leurs comportements sexuels à risque. Un autre constat important est la méconnaissance de la fenêtre silencieuse et du raisonnement épidémiologique sur lequel reposent les critères de sélection des donneurs. Enfin, la majorité des participants à l'étude étaient opposés à l'ajournement permanent des HSH.

Bien que ce type d'étude qualitative présente une limite importante liée au biais de désirabilité sociale, en lien avec la difficulté à évoquer des comportements socialement stigmatisés, plusieurs de ces résultats sont cohérents avec ceux d'études précédentes, qu'elles soient qualitatives ou exclusivement quantitatives.

L'étude de Grenfell et coll. a également identifié une compréhension limitée de la notion de fenêtre silencieuse et du raisonnement épidémiologique sur lequel

reposent les critères de sélection des donneurs, avec notamment le questionnaire sur le bien-fondé d'une différence des critères de sélection entre les HSH et les hétérosexuels⁶. Cette situation provoque, chez les candidats au don, un rejet de la logique qui produit des « catégories à risque » et devient un facteur important de non-compliance. Comme dans l'étude de Hughes aux États-Unis, certains donneurs de notre étude ont demandé que le niveau de risque soit évalué en fonction du comportement sexuel au sein de la population HSH, afin que les HSH ayant un faible risque d'infection par le VIH puissent donner leur sang et ainsi « *sauver des vies* »⁷.

La stigmatisation des personnes LGBT, qui peut les conduire à une non-déclaration des facteurs de risque amenant notamment les hommes à sous-déclarer leurs relations sexuelles avec d'autres hommes, est un autre facteur probable de non-compliance comme évoqué dans l'article de Chiavetta et coll.⁸.

L'étude de Vahidnia et coll. a montré qu'« *aider quelqu'un dans le besoin* » est la motivation la plus importante des donneurs, motivation altruiste qui apparaît aussi très nettement dans notre étude⁹. Ainsi, cet engagement fort dans le don du sang peut conduire certains donneurs à ne pas révéler leurs facteurs de risque par crainte d'être exclus d'une pratique sociale à laquelle ils sont symboliquement très attachés : la compliance est alors perçue comme secondaire.

À l'instar de nos observations, de nombreuses études ont rapporté que la surveillance du statut VIH est également un facteur de non-compliance, notamment chez les donneurs de sang réguliers^{8,10-13}. Deux études quantitatives, réalisées en France par Lefrère et coll. en 1992 et 1996 chez des donneurs de sang séropositifs pour le VIH, ont montré qu'environ la moitié d'entre eux avaient donné leur sang à des fins de dépistage^{10,11}. Malgré la mise en place des campagnes d'information élargies et d'un dispositif de dépistage anonyme et gratuit, cette proportion est similaire à celle observée, 20 ans plus tard, dans notre étude.

Enfin, certains auteurs ont également observé qu'un facteur non négligeable de non-compliance réside dans l'environnement du don du sang, qui ne garantit pas toujours une confidentialité optimale^{6,8}.

L'opinion relative à l'ajournement permanent des HSH varie selon les études en fonction de la méthodologie utilisée (qualitative ou quantitative) et de la population étudiée. Certaines études mettent en évidence la volonté d'un ajournement d'une durée plus courte, ou basé sur des pratiques à haut risque d'infection⁷, d'autres montrent qu'un ajournement d'un an pourrait être plus acceptable qu'un ajournement permanent pour une partie de donneurs^{6,14}. Une étude menée auprès d'un échantillon de donneurs séropositifs américains indique que 90% des personnes interrogées ne pensent pas que les critères de sélection soient injustes⁹. Dans notre étude, les participants rejetaient tout autant l'ajournement d'un an que l'ajournement permanent.

Notre étude a été réalisée dans un contexte de révision des critères de sélection des donneurs de sang,

notamment celui concernant l'ajournement permanent des HSH. En effet, en 2015, le ministère de la Santé a organisé une large consultation de l'ensemble des parties prenantes (agences sanitaires, associations LGBT, associations de patients, associations de donneurs et instances de défense des droits) pour modifier ce critère. Cette consultation a abouti, en juillet 2016, à une réduction de l'ajournement permanent à un délai de 12 mois. Basé sur des analyses de risque chez les donneurs de sang en France et sur les données de pays ayant mis en place un ajournement de 12 mois qui ne montraient aucun risque supplémentaire, l'arrêté du 5 avril 2016 autorise les dons de sang aux hommes qui se sont abstenus de rapports sexuels avec d'autres hommes dans les 12 derniers mois¹⁵.

Les enseignements de notre étude ont pu ainsi directement bénéficier à l'élaboration des nouveaux critères et à leur mise en œuvre. Elle a notamment montré la nécessité de mieux informer les candidats au don sur les critères d'ajournement et sur leur fondement épidémiologique, ainsi que sur la notion cruciale de « fenêtre silencieuse » et sa pertinence vis-à-vis de la compliance. Ainsi, le QPD a été revu afin d'être mieux compris par les candidats au don, et la notion de fenêtre silencieuse a été clairement explicitée. Par ailleurs, une case-réponse « Je ne sais pas » a été ajoutée à chaque question pour encourager les donneurs à indiquer leurs doutes éventuels sur les réponses à apporter et faciliter le dialogue lors de l'EPD. De plus, la formation du personnel en charge de l'EPD a été renforcée. Enfin, la logique épidémiologique a prévalu avec l'harmonisation des durées d'ajournement en fonction du risque, la faisant passer à 12 mois pour tous les contacts sexuels à haut risque d'infection par le VIH : candidat au don ou partenaire HSH (pour les femmes), candidat ou partenaire ayant eu un rapport sexuel en échange d'argent ou de drogue, partenaire usager de drogues injectables, partenaire séropositif.

Les critères de sélection sont amenés à évoluer au fur et à mesure que les données de surveillance de la population des donneurs de sang seront produites et que des évaluations de risque spécifiques seront réalisées. Dans le prolongement de cette étude, une enquête quantitative à grande échelle chez les donneurs de sang va débuter en France fin 2017 afin d'évaluer l'impact de la modification des critères de sélection des donneurs et des efforts de communication sur la compliance. ■

Remerciements

Aux personnes qui ont aidé à contacter les donneurs et ont accueilli Aurélie Santos pour la réalisation des entretiens, et en particulier : Chantal Adjou, Catherine Argaud, Françoise Aussant, Florence Chenus, Marine Chueca, Carole Constant, Jacques Courchelle, Anne Dero, Anne-Marie Dombey, Lydia Dumazert, Mohamed El Rakaawi, Alain Guillard, Pascale Lambert, Catherine Lazaygues, Brigitte Pesle, Maryse Piazza, Hélène Savini, Philippe Suprin, Sandrine Van Laer, Michèle Villemur, Agnès Welschbillig, Christiane Zubeldia.

Nous remercions très chaleureusement Yves Charpak : il est l'un des instigateurs de cette étude et a joué un rôle important dans sa mise en œuvre.

Références

- [1] Santé publique France. Dossier thématique donneurs de sang. Analyses de risque des agents transmissibles par le sang. [Internet]. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Donneurs-de-sang/Analyses-de-risque-des-agents-transmissibles-par-le-sang>
- [2] Le Vu S, Le Strat Y, Barin F, Pillonel J, Cazein F, Bousquet V, *et al.* Population-based HIV-1 incidence in France, 2003-08: A modelling analysis. *Lancet Infect Dis.* 2010;10(10):682-7.
- [3] Tiberghien P, Pillonel J, Toujas F, Vallet B. Changes in France's deferral of blood donation by men who have sex with men. *N Engl J Med.* 2017;376(15):1485-6.
- [4] Ministère de la Santé et des Sports. Arrêté du 12 janvier 2009 fixant les critères de sélection des donneurs de sang. JORF du 18 janvier 2009. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020104647&categorieLien=id>
- [5] Thomas DR. A general inductive approach for analysing qualitative evaluation data. *Am J Evaluation.* 2006;27(2):237-46.
- [6] Grenfell P, Nutland W, McManus S, Datta J, Soldan K, Wellings K. Views and experiences of men who have sex with men on the ban on blood donation: A cross sectional survey with qualitative interviews. *BMJ.* 2011;343:d5604.
- [7] Hughes S, Sheon N, Siedle-Khan B, Custer B. Saving lives, maintaining safety, and science-based policy: Qualitative interview findings from the Blood Donation Rules Opinion Study (Blood DROPS). *Transfusion.* 2015;55(12):2835-41.
- [8] Chiavetta J, Ennis M, Gula CA, Baker AD, Chambers TL. Test-seeking as motivation in volunteer blood donors. *Transfus Med Rev.* 2000;14(3):205-15.
- [9] Vahidnia F, Stramer SL, Kessler D, Gonçalves TT, Shaz BH, Leparç G, *et al.* for the NREDS, II. Motivations for donating and attitudes toward screening policies in US blood donors with viral infection. *Transfusion.* 2016;56(8):2013-20.
- [10] Lefrère JJ, Elghouzzi MH, Paquez F, N'Dalla J, Nubel L. Interviews with anti-HIV-positive individuals detected through the systematic screening of blood donations: Consequences on predonation medical interview. *Vox Sang.* 1992;62(1):25-8.
- [11] Lefrère JJ, Elghouzzi MH, Salpetrier J, Duc A, Dupuy-Montbrun MC. Interviews of individuals diagnosed as anti-human immunodeficiency virus-positive through the screening of blood donations in the Paris area to 1994: Reflections on the selection of blood donors. *Transfusion.* 1996;36(2):124-7.
- [12] Goncalvez TT, Blatyta PF, Santos FM, Montebell S, Espost SP, Hanga FN, *et al.* Does offering human immunodeficiency virus testing at the time of blood donation reduce transfusion transmission risk and increase disclosure counseling? Results of a randomized controlled trial, Sao Paulo, Brazil. *Transfusion.* 2015;55(6):1214-22.
- [13] Truong HM, Blatyta PF, Santos FM, Montebello S, Esposti SP, Hangai FN, *et al.* Blood donor test-seeking motivation and prior HIV testing experiences in Sao Paulo, Brazil. *AIDS Behav.* 2015;19(9):1574-8.
- [14] Custer B, Sheon N, Siedle-Khan B, Pollack L, Spencer B, Bialkowski W, *et al.* Blood donor deferral for men who have sex with men: the Blood Donation Rules Opinion Study (Blood DROPS). *Transfusion.* 2015;55(12):2826-34.
- [15] Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Arrêté du 5 avril 2016 fixant les critères de sélection des donneurs de sang. JORF du 10 avril 2016. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032378088&categorieLien=id>

Citer cet article

Pillonel J, Duquesnoy A, Danic B, Santos A, Martinaud C, Woimant G, *et al.* Contexte et perceptions sociales du don de sang chez des donneurs trouvés positifs pour le VIH en France. *Bull Epidémiol Hebd.* 2017;(29-30):623-9. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/29-30/2017_29-30_5.htm

e-DO : BILAN DU DÉPLOIEMENT DE L'APPLICATION DE DÉCLARATION EN LIGNE POUR L'INFECTION PAR LE VIH ET LE SIDA

// REVIEW OF THE DEPLOYMENT OF THE e-DO ONLINE REPORTING TOOL FOR HIV AND AIDS INFECTION

Julien Durand (julien.durand@santepubliquefrance.fr), Françoise Cazein, Étienne Lucas, Jérémie Saillant, Didier Che, Florence Lot, Daniel Dubois

Santé publique France, Saint-Maurice, France

Soumis le 17.10.2017 // Date of submission: 10.17.2017

Mots-clés : VIH, Sida, Déclaration obligatoire, Surveillance épidémiologique, France
// Keywords: HIV, AIDS, Mandatory notification, Epidemiological surveillance, France

Introduction

Santé publique France a initié la modernisation du dispositif des maladies à déclaration obligatoire avec la télé-déclaration de l'infection par le VIH et du sida par le biais d'une application web : e-DO (www.e-do.fr)¹.

Après une phase pilote, e-DO a été rendue disponible pour l'ensemble du territoire français en avril 2016. Elle permet aux cliniciens et biologistes de déclarer en ligne les cas d'infection par le VIH et de sida. La déclaration doit désormais se faire de façon indépendante par les biologistes et par les cliniciens.

L'évolution du dispositif de la déclaration obligatoire (DO) a pour objectifs la simplification du processus de notification et des échanges entre ses différents acteurs afin d'améliorer la participation des professionnels de santé au dispositif, ainsi que la réduction des délais de transmission des notifications. La télé-déclaration permet en effet aux autorités sanitaires de recevoir les déclarations émises par les professionnels de santé en temps réel.

Mise en œuvre du dispositif

Conformément aux exigences réglementaires sur la conservation et la transmission de données médicales individuelles², l'authentification des biologistes et cliniciens repose sur les cartes de professionnels de santé (CPS). Les personnes autorisées à déclarer pour les biologistes et cliniciens (internes, techniciens etc.) doivent également disposer de cartes de la famille CPS. Ce prérequis technique pour l'authentification des déclarants *via* le dispositif CPS permet de garantir un haut niveau de sécurité de l'application e-DO.

L'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé), en partenariat avec Santé publique France, assure un support téléphonique (numéro d'appel : 0809 100 003) pour assister les déclarants dans les démarches d'équipement de leurs structures (cartes CPS et lecteurs de cartes) et pour l'utilisation de l'application.

Afin d'accompagner les structures et les déclarants tout au long de l'année 2016 et au début

de l'année 2017, plusieurs sessions de formation et de présentation de l'application ont été organisées par Santé publique France, en partenariat avec les centres de coordination régionale de lutte contre le VIH (Corevih) de plusieurs régions.

Résultats

Les utilisateurs

Depuis sa mise en ligne en avril 2016, l'application e-DO est utilisée de manière croissante par les biologistes et cliniciens pour saisir et transmettre les DO d'infection à VIH et de sida.

De nouvelles inscriptions de déclarants sont enregistrées chaque semaine, avec 851 inscrits début octobre 2017. Parmi ces déclarants, on dénombre 526 biologistes (61,8%) et 325 cliniciens (38,2%). Sur les 851 personnes enregistrées, celles autorisées à déclarer pour le compte de cliniciens ou biologistes représentent 155 profils, soit 18,2% de l'ensemble des inscrits.

Les déclarations

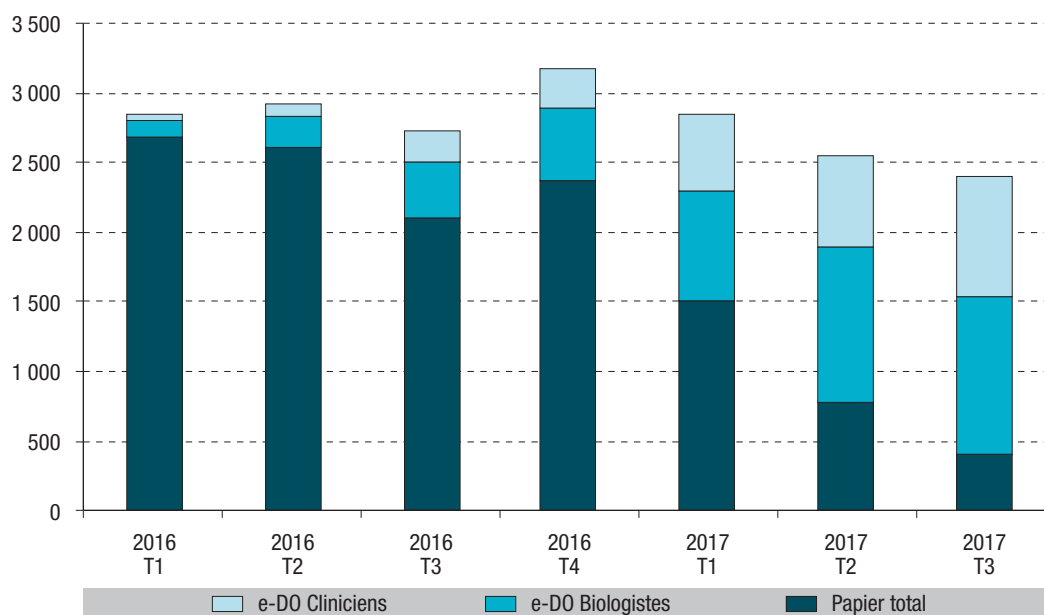
Le nombre de déclarations électroniques augmente de manière continue depuis le premier trimestre 2016, alors que l'utilisation du format papier diminue (figure).

À la fin de l'année 2016, 1 896 DO avaient été effectuées par voie électronique (15,2%) et 10 512 sous forme papier (84,7%). Au cours de l'année 2017 et jusqu'à fin septembre, 5 155 DO électroniques (63,2%) et 3 007 DO papier (36,8%) ont été reçues.

Le total des DO reçues *via* e-DO au cours de l'année 2017 représente 50% des déclarations reçues au cours de la même période en 2015 (10 315), lorsque seul le mode papier prévalait. On observe une progression de la part des cliniciens dans la déclaration électronique. Début octobre 2017, ils représentaient 38,2% de l'ensemble des déclarations effectuées *via* e-DO. Cette proportion était de 42% avec le dispositif papier en 2015.

Les déclarations d'infection à VIH ou de sida réalisées *via* e-DO concernent l'ensemble des départements français, témoignant d'un déploiement de l'application sur l'ensemble du territoire.

Progression de la part des déclarations *via* e-DO de l'infection par le VIH ou le sida par les biologistes et cliniciens en France



T : trimestre

Discussion

Les données de DO électroniques et l'enregistrement de nouveaux utilisateurs en continu témoignent d'une bonne adhésion au nouveau dispositif de déclaration sur l'ensemble du territoire français. Il est néanmoins primordial d'augmenter encore le recours à e-DO pour améliorer l'exhaustivité de la DO, notamment pour permettre de produire des indicateurs aux niveaux géographiques les plus fins et d'estimer au mieux des indicateurs-clés comme l'incidence du VIH.

Comparativement au dispositif papier, qui nécessitait l'envoi postal des déclarations par l'intermédiaire des Agences régionales de santé, avec un délai médian entre le diagnostic et la date de réception à Santé publique France de 104 jours (données 2015), le dispositif électronique permet de réduire à 33 jours le délai entre la date de diagnostic et la date d'envoi. Avec l'utilisation croissante de e-DO, les données épidémiologiques concernant les infections par le VIH et le sida pourront ainsi être, à l'avenir, communiquées dans de meilleurs délais.

Conclusion et perspectives

Ce projet démontre la capacité d'adaptation des déclarants et des autorités sanitaires dans

la modernisation des systèmes de surveillance tels que les MDO, malgré d'importants enjeux de sécurité et prérequis techniques.

Le succès de l'ouverture de e-DO pour la déclaration du VIH et du sida est encourageant dans la perspective de dématérialiser d'autres systèmes de surveillance. ■

Remerciements

À Lotfi Benyelles, Maria-Clara Da Costa, Pierre Pichon, Roselyne Pinget, Charly Ramus et Cécile Sommen (Santé publique France).

Références

- [1] Barret AS, Lagrée C, Cazein F, Lucas E, Durand J, Pillonel J, *et al.* e-DO : nouvel outil de télé-déclaration pour l'infection par le VIH et le sida. Bull Epidemiol Hebd. 2015;(9-10):162-3. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12490
- [2] Code de la santé publique. Article L1110-4. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000020886954&cidTexte=LEGITEXT000006072665>

Citer cet article

Durand J, Cazein F, Lucas E, Saillant J, Che D, Lot F, *et al.* e-DO : bilan du déploiement de l'application de déclaration en ligne pour l'infection par le VIH et le sida. Bull Epidemiol Hebd. 2017;(29-30):630-1. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/29-30/2017_29-30_6.htm