

DEPISTAGE DU VIH EN FRANCE // HIV SCREENING IN FRANCE

Coordination scientifique // Scientific coordination

Florence Lot, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

> SOMMAIRE // Contents

ÉDITORIAL // Editorial

Dépistage du VIH : une augmentation du nombre de tests positifs dans une activité de dépistage importante et stable
// HIV testing: an increase in the number of positive tests in the context of important and stable screening activityp. 532

François Bourdillon

Directeur général de l'Institut de veille sanitaire

ARTICLE // Article

Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2013
// HIV testing in France, 2003-2013p. 534

Françoise Cazein et coll.

Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

ARTICLE // Article

Pratiques de dépistage VIH des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Apports de l'Enquête presse gays et lesbiennes 2011
// HIV testing practices among men who have sex with men. Results of the Gay and Lesbian survey 2011, Francep. 541

Annie Velter et coll.

Institut de veille sanitaire, Saint Maurice, France

ARTICLE // Article

Analyse du public touché lors de l'opération Flash Test 2013 de dépistage rapide du VIH dans quatre régions françaises
// Analysis of the public targeted by the 2013 Flash Test intervention on rapid HIV testing in four French regionsp. 548

Alice Atramont et coll.

Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

FOCUS // Focus

« Le 190 », un centre de santé sexuelle à Paris pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
// « Le 190 », a sexual health centre in Paris (France) for men who have sex with menp. 554

Soraya Belgherbi et coll.

Inserm, Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations, UMR 1018, Villejuif, France

La reproduction (totale ou partielle) du BEH est soumise à l'accord préalable de l'InVS. 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://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>

Directeur de la publication : François Bourdillon, directeur général de l'InVS
Rédactrice en chef : Judith Benrekassa, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr

Rédactrice en chef adjointe : Jocelyne Rajnchapel-Messaï

Secrétaires de rédaction : Farida Mihoub

Comité de rédaction : Dr Pierre-Yves Bello, Direction générale de la santé; Dr Juliette Bloch, CNSA; Cécile Brouard, InVS; Dr Sandrine Danet, ATIH; Dr Claire Fuhrman, InVS; Dr Bertrand Gagnière, Cire Ouest; Anabelle Gilg Soit Ilg, InVS; Dorothee Grange, ORS Île-de-France; Dr Nathalie Jourdan-Da Silva, InVS; Agnès Lefranc, InVS; Dr Marie-Eve Raguenaud, Cire Limousin/Poitou-Charentes; Dr Sylvie Rey, Drees; Hélène Therre, InVS; Stéphanie Toutain, Université Paris Descartes; Dr Philippe Tuppin, CnamTS; Pr Isabelle Villena, CHU Reims.

Institut de veille sanitaire - Site Internet : <http://www.invs.sante.fr>

Préresse : Jouve

ISSN : 1953-8030

DÉPISTAGE DU VIH : UNE AUGMENTATION DU NOMBRE DE TESTS POSITIFS DANS UNE ACTIVITÉ DE DÉPISTAGE IMPORTANTE ET STABLE

// HIV TESTING: AN INCREASE IN THE NUMBER OF POSITIVE TESTS IN THE CONTEXT OF IMPORTANT AND STABLE SCREENING ACTIVITY

François Bourdillon

Directeur général de l'Institut de veille sanitaire

L'arrivée des traitements antirétroviraux a bouleversé la prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Si les progrès thérapeutiques ont permis de contrôler la maladie, de la considérer comme une maladie chronique et d'améliorer l'espérance de vie, il faut faire le constat que l'épidémie d'infections par le VIH est toujours active en France, avec 7 000 à 8 000 nouvelles contaminations par an¹. Plusieurs raisons expliquent ce nombre élevé, et notamment des comportements de prévention loin d'être optimaux. La phase asymptomatique de la maladie étant très longue, de l'ordre de 10 ans, les personnes dont l'infection par le VIH n'est pas diagnostiquée seraient à l'origine de plus de la moitié de ces nouvelles contaminations¹. Or, malgré de nombreux efforts de prévention et de promotion du dépistage, le nombre de personnes ignorant leur séropositivité ne se réduit pas. Environ 30% des personnes découvrant leur séropositivité sont déjà au stade sida ou à un niveau immunitaire faible ($CD4 \leq 200/mm^3$), traduisant un délai de plusieurs années après leur contamination.

C'est dans ce contexte que le Plan national de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles (IST) 2010-2014² a recommandé de renforcer les stratégies de dépistage. En 2011, le ministère de la Santé a systématisé la proposition de dépistage à l'ensemble de la population, considérant cette stratégie comme coût-efficace³. En effet, dépister une personne séropositive lui permet d'accéder à un traitement et d'accroître son espérance de vie. De plus, le traitement a un effet préventif : en faisant baisser la charge virale, il réduit considérablement le risque de transmission du VIH.

La sortie d'un BEH axé sur les données françaises les plus récentes en matière de dépistage de l'infection par le VIH, à l'issue du Plan national de lutte contre le sida, est donc la bienvenue. Trois champs sont explorés : l'activité de dépistage du VIH avec un bilan décennal ; les pratiques de dépistage chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) ; et enfin l'analyse du public touché par une campagne de dépistage à l'aide de tests rapides d'orientation et de diagnostic (TROD). D'une manière générale ces travaux, qui ont mobilisé les équipes de l'Institut de veille sanitaire, peuvent être considérés comme des éléments d'évaluation des actions entreprises ces dernières années. Il en ressort quelques points saillants :

- l'activité de dépistage VIH est essentiellement réalisée par les laboratoires d'analyses médicales : 5,2 millions de tests y ont été effectués en 2013. Les centres de dépistages anonymes et gratuits (CDAG) en ont fait quant à eux 344 000. Enfin, le recours aux TROD est estimé, en France, à 56 500 tests ;
- le nombre de tests réalisés, s'il a augmenté après la publication en 2011 des recommandations nationales de dépistage, est resté stable depuis cette date ;
- le nombre de tests positifs en 2013 est de 11 000⁽¹⁾, en augmentation de 7% depuis 2011, permettant de penser que les propositions de dépistage seraient mieux ciblées, notamment grâce aux actions communautaires par TROD ;
- la proportion de tests positifs est plus élevée en CDAG que dans les autres lieux de dépistage, respectivement de 3,6 pour 1 000 et de 2,1 pour 1 000 ;
- la moitié des HSH ayant participé à l'Enquête presse gays et lesbiennes ne se sont pas fait dépister dans l'année (c'est la recommandation). Ces HSH, moins bien dépistés, diffèrent dans leurs caractéristiques de la communauté gay affichant ses valeurs de liberté sexuelle. « *Ils fréquentaient moins la scène gay, résidaient moins dans les zones urbaines ; ils étaient plus souvent mono-partenaires et avaient moins de rapports à risque avec des partenaires occasionnels* ». La frange qui semble incompressible de HSH ne s'étant jamais fait tester est de 14% ;
- enfin, le public touché pendant la semaine du dépistage VIH « Flash Test » avec des propositions de TROD ne diffère pas vraiment de celui qui est dépisté dans le cadre des actions communautaires organisées régulièrement, contrairement à ce qui était attendu et recherché.

⁽¹⁾ Il ne s'agit pas forcément de découvertes de séropositivité (dont le nombre estimé grâce à la déclaration obligatoire se situe plutôt autour de 6 000 par an), car des tests peuvent être refaits chez une personne déjà connue comme séropositive pour diverses raisons (prise en charge, essais cliniques...).

Toutefois, la stratégie semble efficace car, d'une part, le taux de séropositivité découvert est de 5,5 pour 1 000 et, d'autre part, cette action a mobilisé les acteurs du dépistage et permis de promouvoir les pratiques de dépistage à l'aide de TROD dans quatre régions très concernées par l'épidémie.

Ce BEH est l'occasion de rappeler les principes de dépistage actualisés en 2013¹ :

- promotion du dépistage volontaire motivé par une exposition à un risque, du fait de son impact sur les motivations à l'adoption de comportements favorables ;
- accentuation de l'attention des médecins traitants sur les situations cliniques classiques devant amener à proposer un dépistage

(voir encadré ci-après). Il existe trop d'occasions manquées de proposer un test de dépistage face à des facteurs de risque ou des signes cliniques devant faire évoquer le diagnostic⁴ ;

- construction, pour les personnes les plus exposées au VIH (HSH, migrants originaires de zones à forte prévalence, usagers de drogues intraveineuses etc.), d'une stratégie de prévention combinée mobilisant toute la palette des outils de prévention⁵ : la promotion du préservatif, qui reste l'outil de référence, le dépistage sous toutes ses formes (y compris les autotests qui pourraient avoir un intérêt chez les HSH et les migrants qui se dépistent peu ou pas), les traitements chez les personnes séropositives mais aussi en post, voire préexposition pour les séronégatifs, la prise en compte de la santé sexuelle. Sur ce dernier point,

Encadré

Éléments devant amener à prescrire un test de dépistage / diagnostic du VIH¹

Selon les populations

Certaines populations devraient se voir offrir, à une fréquence régulière, un test de dépistage du VIH :

- les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) ;
- les personnes hétérosexuelles ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois ;
- les populations des départements français d'Amérique et des autres Caraïbes ;
- les usagers de drogues injectables (UDI) ;
- les personnes originaires d'une zone de haute prévalence, notamment d'Afrique subsaharienne ;
- les personnes en situation de prostitution ;
- les personnes dont les partenaires sexuels sont infectés par le VIH ;
- les populations en situation de précarité qui consultent par exemple dans les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ;
- l'entourage familial de PVVIH (conjoint et enfant(s) de femmes enceintes)

Selon les circonstances

Un test de dépistage de l'infection par le VIH devrait être systématiquement proposé, quelle que soit la population, dans un certain nombre de circonstances particulières :

- suspicion ou diagnostic d'IST ou d'hépatite B ou C ;
- suspicion ou diagnostic de tuberculose ;
- projet de grossesse et grossesse (la proposition systématique de dépistage doit être proposée lors de la première consultation prénatale et être réitérée au 6^e mois de grossesse aux femmes négatives exposées à un risque viral ainsi qu'à tous les pères à l'examen du 4^e mois) ;
- interruption volontaire de grossesse (IVG) ;
- première prescription d'une contraception ;
- viol ;
- à l'entrée en détention ou en cours d'incarcération.

Sur la base des données cliniques ou biologiques particulières :

- cancers, tuberculose, zona, pneumopathie, infections herpétiques récidivantes, dermite séborrhéique, asthénie chronique, syndrome pseudo-grippal prolongé ou atypique (syndrome pseudo-grippal prolongé ou atypique pouvant faire craindre une primo-infection par le VIH, situation où la personne est très contaminante du fait d'une production virale qui peut être majeure), lymphopénie, thrombopénie, amaigrissement et/ou fièvre prolongée inexpliquée, etc.

PVVIH : personnes vivant avec le VIH

le BEH présente aussi quelques éléments de l'activité du « 190 » un centre de santé sexuelle pour HSH, où les auteurs mettent l'accent sur « *le besoin d'une médecine spécifiquement compétente sur les questions de santé des HSH en matière de sexualité* ». ■

Références

[1] 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. 478 p. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Morlat_2013_Mise_en_ligne.pdf

[2] Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014. Paris: Ministère de la Santé et des Sports; 2010. 266 p. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf

[3] Haute Autorité de santé. Dépistage de l'infection par le VIH en France. Stratégies et dispositif de dépistage. Recommandations en santé publique. Saint-Denis: HAS, 2009. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_866949/depistage-de-linfection-par-le-vih-en-france-strategies-et-dispositif-de-depistage

[4] Champenois K, Cousien A, Cuzin L, Le Vu S, Deuffic-Burban S, Lannoy E, *et al.* Missed opportunities for HIV testing in newly-HIV-diagnosed patients, a cross sectional study. *BMC Infect Dis.* 2013;13:200.

[5] Bourdillon F. Prévention et dépistage de l'infection par le VIH. *Rev Prat.* 2014;(8):1067-72.

Citer cet article

Bourdillon P. Éditorial. Dépistage du VIH : une augmentation du nombre de tests positifs dans une activité de dépistage importante et stable. *Bull Epidemiol Hebd.* 2014;(32-33):532-4. http://www.invs.sante.fr/beh/2014/32-33/2014_32-33_0.html

ARTICLE // Article

DÉPISTAGE DE L'INFECTION PAR LE VIH EN FRANCE, 2003-2013

// HIV TESTING IN FRANCE, 2003-2013

Françoise Cazein¹ (f.cazein@invs.sante.fr), Yann Le Strat¹, Aminata Sarr², Charly Ramus¹, Nadine Bouche², Stéphane Le Vu¹, Josiane Pillonel¹, Florence Lot¹

¹ Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

² Direction générale de la Santé, Bureau des infections par le VIH, des IST et des hépatites, Paris, France

Soumis le 04.09.2014 // Date of submission: 09.04.2014

Résumé // Abstract

Cet article présente un bilan, actualisé pour 2013, de l'activité de dépistage du VIH en France dans les laboratoires d'analyses médicales, à partir du recueil « LaboVIH » et des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) réalisés dans le cadre d'actions de dépistage communautaire.

En 2013, 5,2 millions (IC95%: [5,14-5,28]) de sérologies VIH ont été réalisées, soit 80 pour 1 000 habitants, nombre stable depuis 2011. Parmi elles, 11 278 [10 739-11 817] ont été confirmées positives, soit 172 par million d'habitants. Ce nombre a augmenté de 7% par rapport à 2011 à l'échelle nationale, augmentation observée dans les DOM et en métropole hors Île-de-France, mais pas en Île-de-France.

Environ 344 000 sérologies ont été réalisées dans un cadre anonyme et gratuit en 2013, avec une proportion de sérologies positives pour 1 000 tests plus élevée (3,6) que parmi les sérologies non anonymes (2,1).

Environ 56 500 TROD ont été réalisés par des structures associatives ou de prévention, dont 8,6 pour 1 000 se sont révélés positifs.

L'activité de dépistage du VIH en France a augmenté après la publication des recommandations d'élargissement du dépistage, puis s'est stabilisée depuis 2011. L'augmentation du nombre de sérologies confirmées positives depuis 2011 pourrait correspondre à un dépistage plus ciblé auprès de populations particulièrement exposées.

This article presents updated data for 2013 on HIV testing in French medical laboratories, from the LaboVIH survey, and data on HIV rapid tests (TROD) performed in 2013 through community screening activities.

In 2013, 5.2 million ([95%CI: 5.14-5.28] HIV tests were performed, representing 80 tests per 1,000 inhabitants, this number has remained stable since 2011. Among these tests, 11,278 (95%CI: [10,739-11,817]) were confirmed HIV positive, representing 172 positive tests per million inhabitants. This number has increased since 2011 at the national scale (+7%), in the French overseas departments, and outside the Paris region, but not in the Paris region.

In 2013, around 344,000 free anonymous tests were performed, among which 3.6 per 1,000 were found HIV positive, more than in confidential testing (2.1).

Approximately 56,500 HIV rapid tests were performed in 2013, of which 8.6 per 1,000 were found positive.

HIV screening activity increased in France after the publication of screening enlargement recommendations, and has stabilized since 2011. The increase in the number of HIV positive tests since 2011 may reflect a more targeted screening, in particular in high risk populations.

Mots-clés : VIH, Surveillance, Dépistage, France
// Keywords: HIV, Epidemiological surveillance, Testing, France

Introduction

Le diagnostic précoce des personnes infectées par le VIH est un enjeu crucial de la lutte contre le virus car il permet, d'une part, un bénéfice individuel pour les personnes diagnostiquées, qui peuvent alors être prises en charge sur le plan médical et, d'autre part, un bénéfice collectif, le traitement antirétroviral constituant une forme de prévention (concept international du TASP « *Treatment AS Prevention* »). Le Plan national de lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles (IST) 2010-2014¹ a donc recommandé de proposer le dépistage du VIH à l'ensemble de la population, hors notion d'exposition à risque, de répéter cette proposition pour les populations les plus exposées et de développer des actions de dépistage communautaire au moyen de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD).

Cette stratégie a été appuyée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), par des actions de communication adressées aux professionnels de santé², au grand public, aux migrants d'Afrique subsaharienne, aux personnes des départements français d'Amérique et aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). Des opérations ponctuelles de promotion du dépistage ont également été menées. En 2013, la Direction générale de la santé (DGS), en lien avec les Agences régionales de santé (ARS), a mis en place une semaine du dépistage du VIH par TROD dans quatre régions (voir l'article d'A. Atramont et coll. dans ce numéro).

Afin de contribuer à l'évaluation de la politique de dépistage, l'Institut de veille sanitaire (InVS) publie chaque année les données d'activité de dépistage du VIH en laboratoires d'analyses de biologie médicale³. Ces données sont complétées par celles des associations ou structures de prévention qui réalisent, depuis septembre 2011, un dépistage communautaire par TROD⁴ dans le cadre d'appels à projets DGS/CnamTS. Cet article décrit l'activité de dépistage du VIH en 2013 en France et son évolution depuis 2003.

Objectifs et méthodes

La surveillance de l'activité de dépistage du VIH en laboratoire (LaboVIH) a pour objectifs de suivre l'évolution nationale et régionale du nombre de sérologies VIH réalisées en France, d'aider à interpréter les données de la notification obligatoire du VIH et d'en estimer l'exhaustivité. Elle inclut les sérologies réalisées en laboratoire⁵, les tests prescrits dans les Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et les Centres d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles

(Ciddist), le plus souvent anonymes et gratuits⁶, et les TROD réalisés dans les laboratoires. Elle exclut les sérologies réalisées à l'occasion d'un don de sang.

L'Institut de veille sanitaire (InVS) sollicite chaque semestre tous les laboratoires d'analyses de biologie médicale de France, en ville et à l'hôpital (environ 4 300 sites), pour recueillir le nombre de personnes testées pour le VIH et le nombre de personnes confirmées positives pour la première fois par le laboratoire⁽¹⁾. Une même personne est donc 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 diagnostiquée successivement par plusieurs laboratoires.

Les données présentées ici correspondent à l'activité de l'ensemble des laboratoires, qu'ils aient répondu ou non au recueil LaboVIH. Les nombres de sérologies VIH réalisées et de sérologies positives ont été estimés en considérant que les laboratoires participant à LaboVIH 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 estimées en utilisant une méthode de *bootstrap*.

Les données analysées sont les nombres de sérologies VIH réalisées et de sérologies confirmées positives, la proportion de sérologies positives pour 1 000 sérologies réalisées en 2013 et leur évolution depuis 2003. Pour comparer les régions entre elles, les nombres de sérologies sont rapportés au nombre d'habitants. Les tailles de populations utilisées sont celles de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) au 1^{er} janvier 2013, et août 2012 pour Mayotte^{7,8}. 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, ce qui permet de calculer le nombre annuel de découvertes de séropositivité et d'en suivre l'évolution. Ces analyses ont été publiées précédemment⁹.

(1) Formulaire LaboVIH disponible en ligne sur : http://www.invs.sante.fr/content/download/68010/260598/version/1/file/questionnaire_labovih_2011.pdf

Parallèlement aux données LaboVIH, sont également présentées les données relatives à la réalisation de TROD par les structures associatives, dans le cadre des appels à projets DGS/CnamTS 2011 et 2012 de soutien aux activités de dépistage communautaire de l'infection à VIH, pour une expérimentation jusqu'en 2014. Ces données sont issues des rapports annuels d'activité⁽²⁾ transmis par ces associations aux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), aux ARS et à la DGS. Les données renseignées portent sur l'activité de dépistage réalisée par les 60 structures subventionnées et notamment sur le profil des personnes dépistées et leur orientation médicale en cas de découverte de séropositivité. Ces données font l'objet d'une analyse annuelle par la DGS pour mesurer l'intérêt du dispositif en termes de santé publique. Elles n'incluent pas les TROD réalisés hors du cadre des appels à projets.

Résultats

Participation

Pour l'année 2013, 89% des laboratoires d'analyses médicales ont participé à LaboVIH (3 815/4 300), 92% des laboratoires hospitaliers et 88% des laboratoires de ville. Leur participation variait selon la région (de 81% à 100%) et selon le département (de 17% à 100%).

Sérologies VIH réalisées

En 2013, on estime que les 4 300 laboratoires ont réalisé 5,21 millions (intervalle de confiance à 95%, IC95%: [5,14-5,28]) de sérologies VIH, soient 80 sérologies pour 1 000 habitants. Après avoir augmenté en 2011, ce nombre s'est depuis stabilisé en France entière (figure 1a). Cette stabilisation est observée dans les trois inter-régions considérées : l'Île-de-France, la métropole hors Île-de-France et les départements d'outremer (DOM) (figure 1b). Sur cette période 2011-2013, on observe cependant une diminution du nombre de sérologies réalisées dans deux régions, Auvergne (-18%, $p < 10^{-3}$) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca) (-8%, $p = 0,02$).

Le nombre de sérologies pour 1 000 habitants par inter-région en 2013 est présenté en figure 2a. Pour l'ensemble de la métropole, hors Île-de-France, ce taux était de 70 pour 1 000 habitants.

En 2013, les laboratoires de ville ont réalisé environ les trois quarts des sérologies VIH. Entre 2011 et 2013, le nombre de sérologies réalisées a augmenté à l'hôpital (+7%, $p = 0,03$), mais pas en ville.

En 2013, 7% des sérologies ont été réalisées dans un cadre anonyme (le plus souvent pour des consultants en CDAG/Ciddist), proportion stable au cours du temps, soit environ 344 000 sérologies anonymes.

⁽²⁾ Modèle de rapport annuel d'activité de l'appel à projets TROD VIH disponible en ligne sur : http://sante.gouv.fr/IMG/doc/Modele_Rapport_activite_TROD_decembre_2011.doc

Parallèlement à l'activité de dépistage en laboratoires, environ 56 500 TROD ont été réalisés en 2013 par des associations et structures de prévention, nombre plus élevé que les années précédentes : 4 000 en 2011 et 31 700 en 2012⁽³⁾. Le public touché par ce dépistage communautaire s'est diversifié : les HSH, qui constituaient 69% des personnes dépistées par TROD en 2011, n'en représentaient plus que 40% en 2012 et 30% en 2013. Après avoir augmenté entre 2011 et 2012, la part des migrants (1% en 2011, 30% en 2012, 27% en 2013), des usagers de drogue (respectivement 4%, 7% et 5%) et des personnes qui se prostituent (1% en 2011, 2% en 2012 comme en 2013) s'est stabilisée. La part des personnes n'appartenant pas à ces publics cibles a augmenté sur les trois années (16% en 2011, 21% en 2012 et 36% en 2013). Près d'un tiers (30%) des personnes testées n'avaient jamais bénéficié d'un dépistage du VIH au cours de leur vie.

Sérologies VIH positives

Le nombre de sérologies VIH confirmées positives en laboratoire en 2013 a été estimé à 11 278 (IC95%: [10 739-11 817]), soient 172 par million d'habitants. Ce nombre a augmenté entre 2011 et 2013 (+7%, $p = 0,008$) (figure 3a). En revanche il n'y a pas eu d'augmentation significative entre 2012 et 2013.

L'évolution du nombre de sérologies positives est contrastée entre les régions. En Île-de-France et dans les DOM, elle s'inscrit dans une tendance globale à la diminution entre 2004 et 2011 ($p < 10^{-3}$), suivie d'une stabilisation en Île-de-France et d'une augmentation (+14%, $p < 10^{-3}$) dans les DOM. En métropole hors Île-de-France en revanche, la tendance est à la hausse continue depuis 2007 ($p < 10^{-3}$) (figure 3b).

Le nombre de sérologies positives par million d'habitants et par région est présenté en figure 2b. Le taux global pour la métropole, hors Île-de-France, est de 100 sérologies positives par million d'habitants.

En 2013, environ 1 200 sérologies anonymes étaient confirmées positives, soient 12% des sérologies positives, proportion stable au cours du temps.

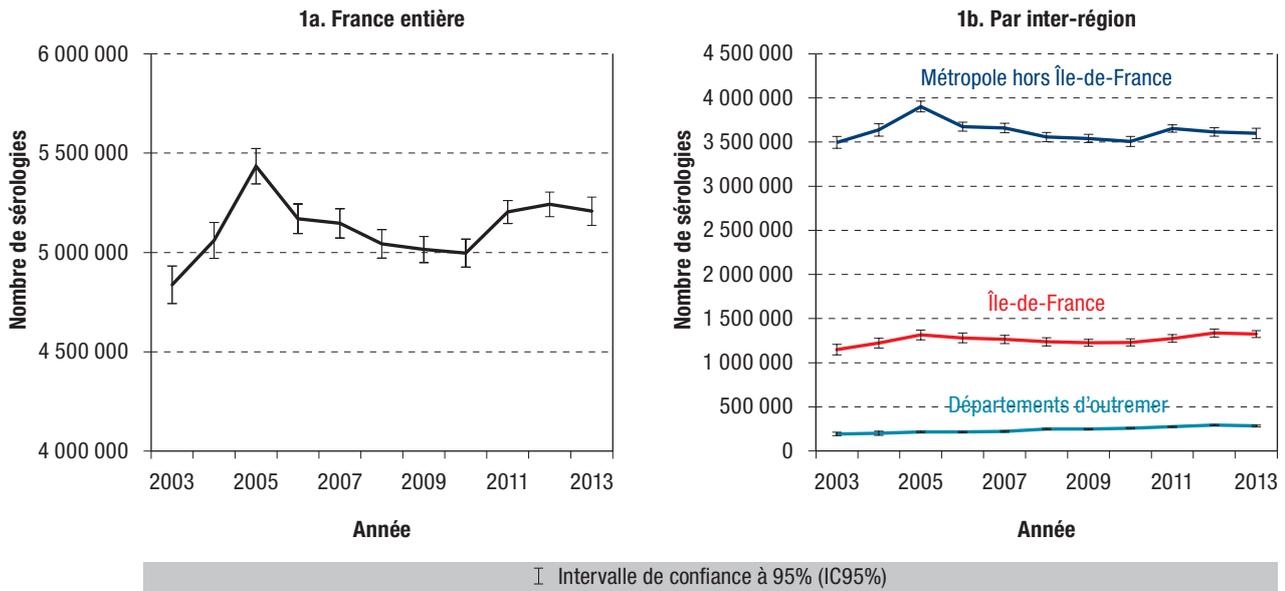
Les laboratoires de ville étaient à l'origine de 37% des sérologies VIH positives en 2013. Le nombre de sérologies positives a augmenté depuis 2011 à l'hôpital (+13%, $p < 10^{-3}$), mais pas en ville.

En ce qui concerne le dépistage communautaire, 486 TROD se sont révélés positifs en 2013, dont 80% (N=389) correspondaient à des découvertes de séropositivité.

⁽³⁾ L'activité 2011 portait sur quatre mois et ne concernait que les 32 associations subventionnées en 2011. L'activité 2012 portait sur 12 mois pour les 32 associations subventionnées dès 2011 et sur huit mois pour les 31 associations retenues au terme de l'appel à projets 2012. L'année 2013 est la première année « pleine », portant sur l'ensemble des 60 structures subventionnées (63 structures initialement dont 3 ont renoncé)

Figure 1

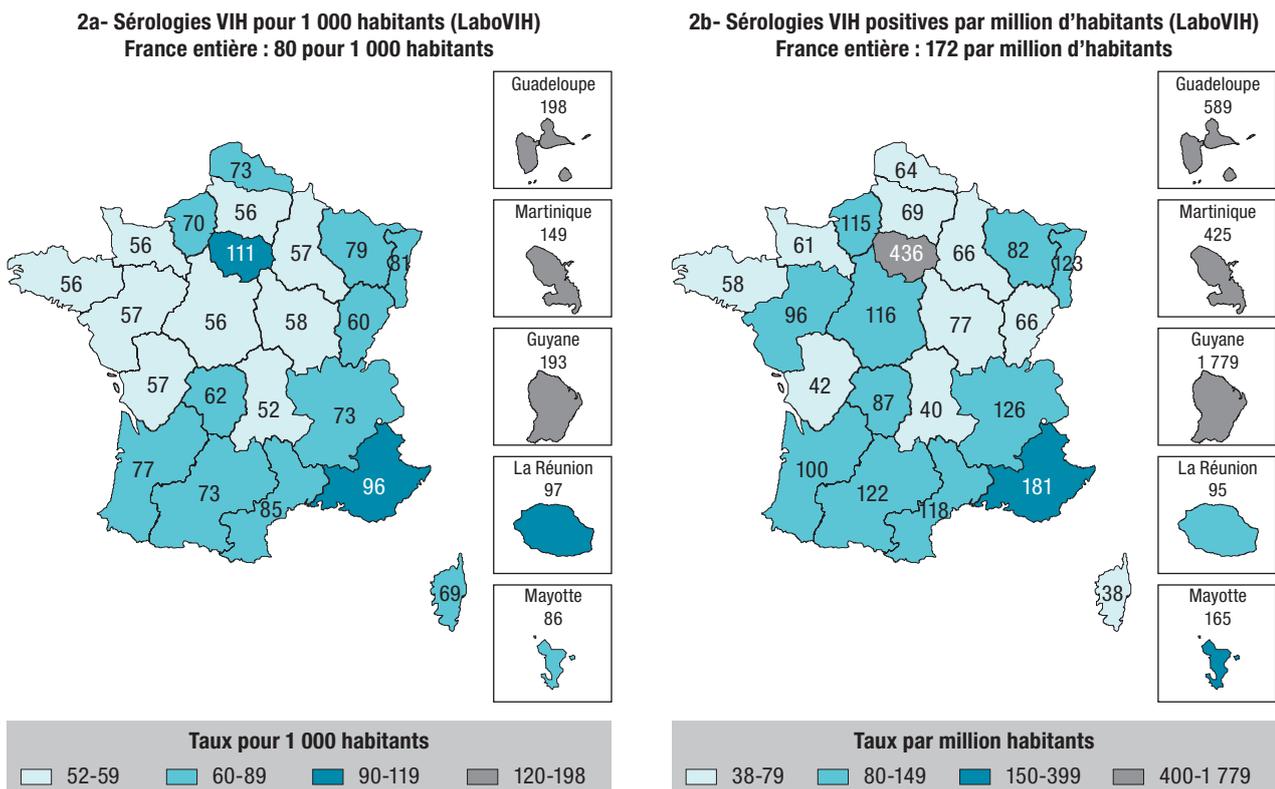
Sérologies VIH réalisées en France. LaboVIH, 2003-2013



NB : les échelles des deux graphiques sont différentes.

Figure 2

Sérologies VIH réalisées et sérologies confirmées positives, France, 2013



Sérologies VIH positives pour 1 000 sérologies réalisées

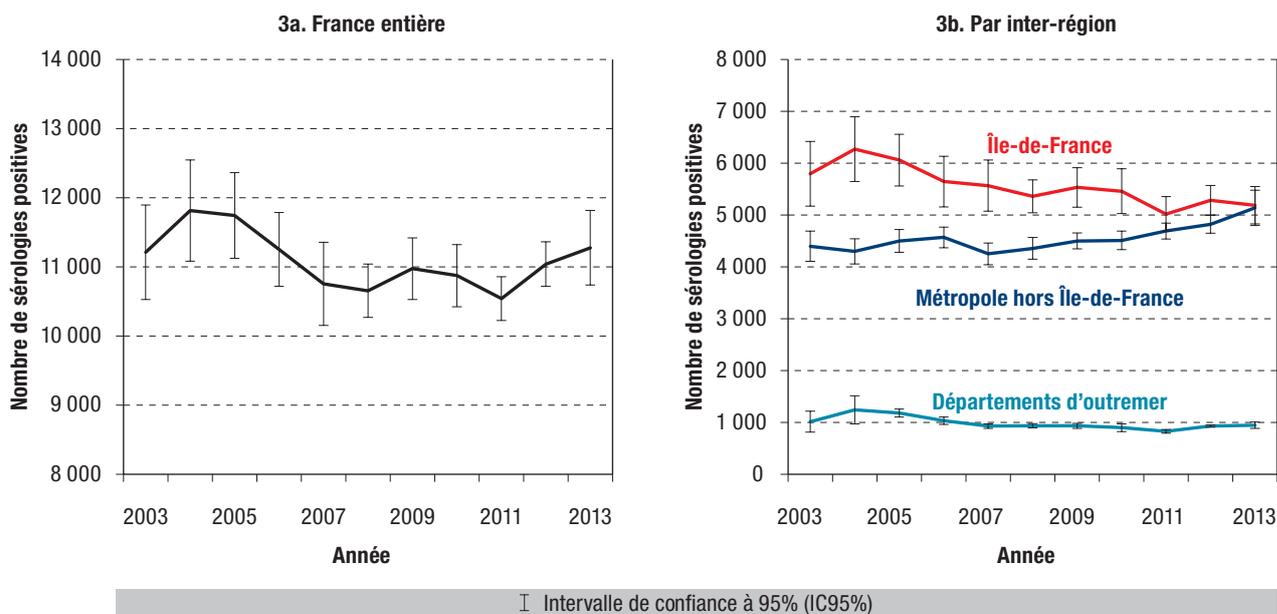
La proportion de sérologies confirmées positives pour 1 000 réalisées a été estimée à 2,2 en 2013. Cette proportion était plus élevée en Guyane (9,2 en 2013), Île-de-France (3,9), Guadeloupe (3,0) et Martinique (2,9). Dans les autres régions, elle s'échelonnait entre 0,5 et 2,0/1 000, et était de 1,4 pour l'ensemble de la métropole hors Île-de-France.

La proportion de sérologies positives était plus élevée pour celles réalisées dans un cadre anonyme en 2013 (3,6 pour 1 000, IC95% : [3,5-3,8]) que pour celles réalisées dans un cadre nominatif confidentiel (2,1 pour 1 000 [1,9-2,2]) (figure 4).

En 2013, la proportion de TROD positifs était de 8,6 pour 1 000 TROD réalisés (figure 4), dont 6,9 pour 1 000 correspondaient à des découvertes de séro-positivité (8 pour 1 000 en 2012). Le taux de positivité

Figure 3

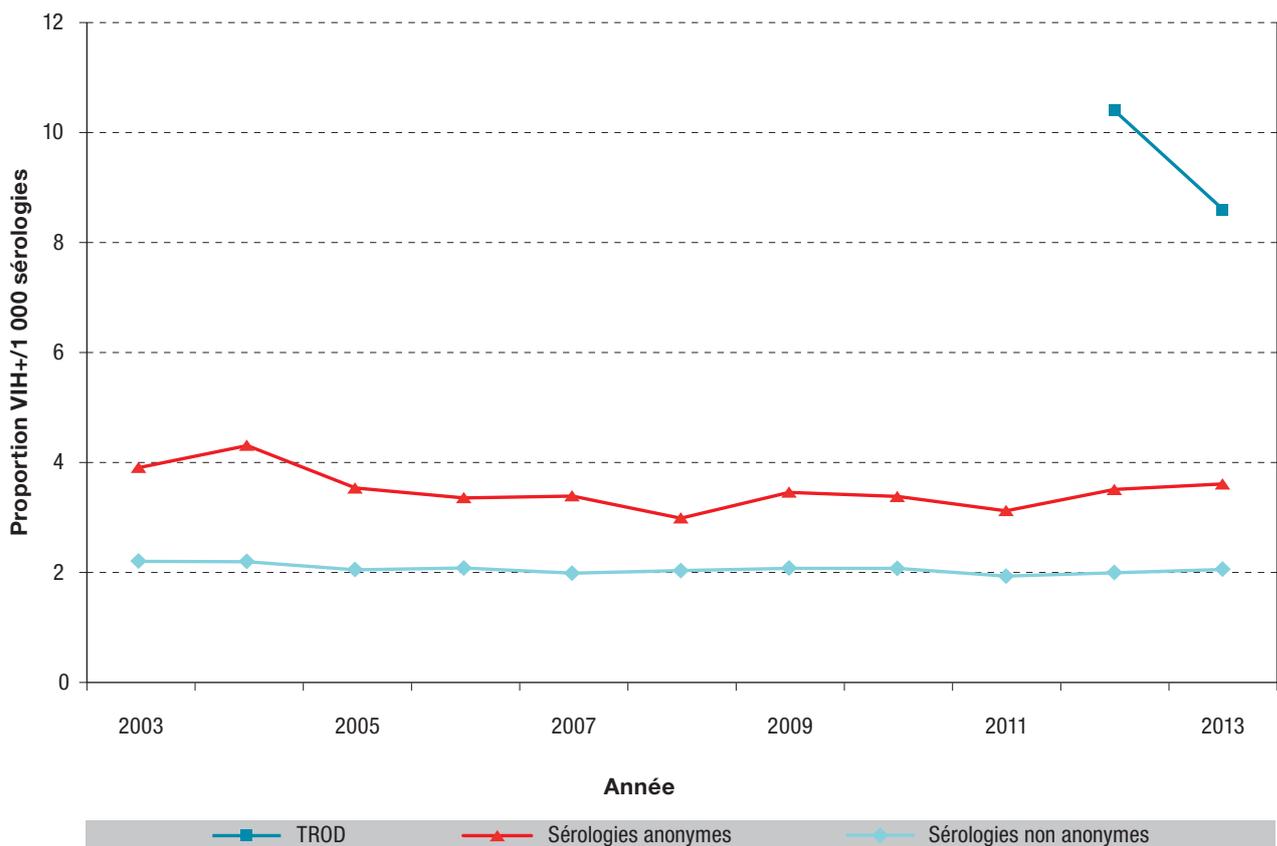
Sérologies VIH confirmées positives en France. LaboVIH, 2003-2013



NB : les échelles des deux graphiques sont différentes.

Figure 4

Proportion de tests VIH positifs pour 1 000 réalisés. France, 2003-2013



Sources : LaboVIH, 2003-2013 ; TROD communautaires, 2012-2013.

était de 17,9 pour 1 000 pour les HSH, 2,4 pour 1 000 pour les usagers de drogue, 7,1 pour 1 000 pour les migrants, 24,9 pour 1 000 pour les personnes prostituées et 1,7 pour 1 000 pour les autres publics. Environ 60% des personnes ayant eu un TROD

positif ont été orientées dans les trois mois vers une prise en charge.

L'analyse des TROD par région (tableau) montre que 10 régions comptabilisaient 94% des TROD positifs, dont plus de la moitié en Île-de-France.

Nombre de TROD communautaires réalisés et positifs (source DGS) et comparaison avec les sérologies réalisées en laboratoire, dans les mêmes régions (source LaboVIH), pour 10 régions françaises dénombrant 94% des TROD positifs en 2013

Régions	Dépistage communautaire				LaboVIH		
	Associations	TROD réalisés	TROD positifs		Sérologies réalisées	Sérologies positives	
	N	N	N	/1 000	N	N	/1 000
Midi-Pyrénées	2	802	14	17,5	214 669	357	1,7
Guyane	2	2 052	24	11,7	46 293	426	9,2
Nord-Pas-de-Calais	2	1 761	20	11,4	295 557	261	0,9
Île-de-France	10	25 430	255	10,0	1 324 955	5 191	3,9
Provence-Alpes-Côte d'Azur	4	4 823	48	9,9	474 328	892	1,9
Aquitaine	7	2 512	22	8,8	252 311	328	1,3
Pays-de-la-Loire	2	2 013	16	7,9	205 367	347	1,7
Rhône-Alpes	3	3 018	23	7,6	462 518	799	1,7
Languedoc-Roussillon	4	2 730	20	7,3	229 172	316	1,4
Guadeloupe	3	2 625	15	5,7	80 134	238	3,0
France entière	60	56 546	486	8,6	5 207 559	11 278	2,2

La proportion de TROD positifs était plus importante en Midi-Pyrénées, Guyane, Nord-Pas-de-Calais, Île-de-France et Paca. Les tests positifs en Midi-Pyrénées concernaient essentiellement des HSH (10/14), sans notion de regroupement de cas.

Par comparaison, ces 10 régions représentaient 81% des sérologies positives en laboratoire. La proportion de positifs était globalement 4 fois plus élevée parmi les TROD que parmi les sérologies en laboratoire, avec des exceptions notables, comme la Guyane, où les deux proportions étaient voisines, les régions Midi-Pyrénées et Nord-Pas-de-Calais, où la proportion de tests positifs était environ 10 fois plus élevée parmi les TROD que parmi les sérologies en laboratoires.

Discussion

La participation des laboratoires d'analyse de biologie médicale à LaboVIH a atteint 89% en 2013, ce qui atteste de la forte implication des biologistes dans la surveillance du VIH. Cette participation reste cependant faible dans quelques départements, pour lesquels il est impossible de disposer de données fiables.

Il est difficile de comparer l'activité de dépistage en France avec celle des pays voisins, car plusieurs pays d'Europe occidentale (Royaume-Uni, Espagne, Italie, Allemagne...) ne collectent pas cette donnée à l'échelle nationale. Néanmoins, parmi 14 pays de l'Union européenne ayant communiqué leur activité de dépistage du VIH en 2012, la France, avec 80 sérologies pour 1 000 habitants, est le pays qui réalise le plus de dépistages, suivie de la Belgique (63 pour 1 000).¹⁰

L'activité de dépistage du VIH en France en laboratoire a augmenté en 2011, année qui a suivi le changement de stratégie de dépistage, passant de 5,0 à 5,2 millions de sérologies réalisées, puis s'est stabilisée. Le nombre de TROD réalisés en milieu

communautaire, très faible par rapport au nombre total de sérologies, ne modifie pas cette tendance.

Les données Biolam de l'Assurance maladie⁽⁴⁾ constituent une autre source d'information sur l'activité de dépistage du VIH. Ces données sont partielles, puisqu'elles excluent notamment les actes non remboursés et ceux réalisés dans les établissements publics de santé ou dans les établissements de santé privés d'intérêt collectif. Cependant, Biolam montre, comme LaboVIH, une augmentation des sérologies VIH réalisées en 2011, suivie d'une stabilisation en 2012-2013 (2,6 millions de sérologies en 2013).

La proposition de dépistage généralisé à la population générale, recommandée dans le Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014, n'a pas été largement appliquée, comme le montre la faible augmentation de l'activité de dépistage en 2011 et sa stabilité au cours des deux années suivantes. Le groupe d'experts du rapport Morlat¹¹ relève en 2013 les difficultés d'application de cette recommandation, notamment celle de la mobilisation des professionnels de santé liée à la difficulté de prescrire un test en dehors de toute exposition et de tout contexte clinique, et préconise en conséquence de réajuster la stratégie de dépistage.

L'augmentation du nombre de sérologies positives en laboratoires, observée en 2012 et 2013, pourrait être en partie liée aux actions de dépistage communautaire mises en place fin 2011 auprès de populations ciblées, puisqu'un TROD trouvé positif doit donner lieu à une confirmation sérologique en laboratoire. Cette augmentation pourrait aussi correspondre, comme en 2012, à une plus grande précocité des diagnostics qui sera

⁽⁴⁾ <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/biologie/biolam-2011-2013.php>

appréciée, au regard des données 2013 de la déclaration obligatoire du VIH, par l'analyse des stades d'infection des personnes découvrant leur séropositivité.

Les données de 2013 confirment les disparités régionales observées précédemment. Dans les DOM, en Île-de-France et en Paca, l'activité de dépistage rapportée à la population est de 1,2 à 2,5 fois plus importante que la moyenne nationale. En Paca, région où l'activité de dépistage est depuis plusieurs années plus élevée que dans le reste de la métropole, cette activité tend à diminuer au cours du temps. Sachant que cette région était caractérisée par une proportion élevée de diagnostics précoces, il faudra vérifier que la diminution du nombre de sérologies ne s'y traduit pas par une diminution de la précocité des diagnostics.

Les laboratoires de ville, à l'origine de 4 sérologies positives sur 10, et les structures de dépistage anonyme et gratuit, qui dépistent une population plus exposée que celle qui recourt à une sérologie VIH dans un cadre nominatif confidentiel, jouent un rôle important dans le dépistage du VIH en France.

Le dispositif des TROD en milieu associatif, qui prend de l'ampleur progressivement, permet d'aller à la rencontre de publics éloignés des structures de dépistage. C'est le cas pour 30% des personnes ayant bénéficié d'un TROD VIH en 2013, puisqu'elles n'avaient jamais été testées auparavant. L'arrivée prochaine sur le marché français des autotests, annoncée pour la fin de l'année 2014, diversifie encore l'offre de dépistage et poursuit le même objectif d'atteindre des personnes ne recourant pas habituellement au dispositif classique de dépistage.

La proportion de TROD positifs, plus élevée que parmi les sérologies classiques, montre que ce dispositif touche une population particulièrement exposée au VIH. Cependant, la proportion des « autres publics » dépistés par TROD a augmenté entre 2012 et 2013, montrant un élargissement de la population dépistée par ce dispositif vers des publics moins à risque que les populations dites prioritaires.

Conclusion

L'activité de dépistage du VIH en France a augmenté dans la première année qui a suivi les recommandations d'élargissement du dépistage, puis s'est stabilisée sur 2011-2013, montrant les limites de faisabilité de la stratégie de dépistage généralisé. L'augmentation du nombre de sérologies positives observée depuis 2011 peut être expliquée par un dépistage plus ciblé, qu'il s'agisse de dépistage communautaire par TROD ou de la répétition de tests dans des populations particulièrement exposées, qui sont les deux autres axes de la stratégie de dépistage du Plan national de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2010-2014. ■

Remerciements

Nous remercions vivement tous les biologistes participant à LaboVIH (3 815 laboratoires ont participé pour l'année 2013). La présente analyse serait impossible sans leur travail de transmission d'information.

Nous remercions également les 60 associations qui participent à l'appel à projets DGS/CnamTS de soutien aux activités de dépistage communautaire de l'infection à VIH.

Références

- [1] Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014. Paris: Ministère de la Santé et des Sports; 2010. 266 p. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf
- [2] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Dépistage du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST). Informations et ressources pour les professionnels de santé. Saint-Denis: Inpes; 2011. 11 p. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Depistage_du_VIH_et_des_IST_a_destination_des_professionnels_de_sante.pdf
- [3] Cazein F, Le Strat Y, Dutil J, Couturier S, Ramus C, Semaille C. Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2012. *Bull Epidemiol Hebd.* 2013;(33-34):410-6. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=11752. Erratum : *Bull Epidemiol Hebd.* 2013;(41-42):552. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=11862
- [4] 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). JO du 17/11/2010. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023093746&dateTexte=&categorieLien=id>
- [5] Ministère de la Santé et des Sports. Arrêté du 28 mai 2010 fixant les conditions de réalisation du diagnostic biologique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) et les conditions de réalisation du test rapide d'orientation diagnostique dans les situations d'urgence. JO du 28/05/2010. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022320859&fastPos=1&fastReqId=62601366&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>
- [6] Secrétariat d'État à la Santé et aux Handicapés. Arrêté du 3 octobre 2000 relatif aux consultations de dépistage anonyme et gratuit. JO du 20/10/2000. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000220016&fastPos=2&fastReqId=29445009&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>
- [7] Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Estimation de population au 1^{er} janvier, par région, sexe et âge quinquennal. Année 2013. http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=estim-pop@_id=99
- [8] Institut national de la statistique et des études économiques. 212 600 habitants à Mayotte en 2012 – La population augmente toujours fortement. Insee Mayotte Infos. 2012;(61):1-4. http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=19214#p0
- [9] Cazein F, Lot F, Pillonel J, Le Strat Y, Sommen C, Pinget R, et al. Découvertes de séropositivité VIH et sida – France, 2003-2012. *Bull Epidemiol Hebd.* 2014;(9-10):154-62. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12010
- [10] European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2012. Stockholm: ECDC; 2013. p. 68. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/235440/e96953.pdf?ua=1
- [11] 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://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Morlat_2013_Mise_en_ligne.pdf

Citer cet article

Cazein F, Le Strat Y, Sarr A, Ramus C, Bouche N, Le Vu S, et al. Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2013. *Bull Epidemiol Hebd.* 2014;(32-33):534-40. http://www.invs.sante.fr/beh/2014/32-33/2014_32-33_1.html

PRATIQUES DE DÉPISTAGE VIH DES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES. APPORTS DE L'ENQUÊTE PRESSE GAYS ET LESBIENNES 2011

// HIV TESTING PRACTICES AMONG MEN WHO HAVE SEX WITH MEN. RESULTS OF THE GAY AND LESBIAN SURVEY 2011, FRANCE

Annie Velter (a.velter@invs.sante.fr), Leïla Saboni, Stéphane Le Vu, Florence Lot

Institut de veille sanitaire, Saint Maurice, France

Soumis le 15.09.2014 // Date of submission: 09.15.2014

Résumé // Abstract

Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) constituent le groupe le plus touché par le VIH en France. Depuis 2010, des recommandations en matière de dépistage préconisent la réalisation d'au moins un test par an pour les HSH sexuellement actifs. L'objectif de cet article est de décrire les spécificités des HSH selon leurs pratiques de dépistage VIH, et de présenter les facteurs associés au non suivi des recommandations en terme de dépistage.

L'Enquête presse gays et lesbiennes 2011 a recruté 10 179 HSH résidant en France et ayant eu au moins un partenaire masculin au cours de la vie. Seuls les sujets ayant répondu à l'ensemble des questions incluses dans l'analyse multivariée ont été retenus pour l'analyse. Parmi les 7 521 répondants non séropositifs pour le VIH et sexuellement actifs au cours des 12 derniers mois, 52% avaient réalisé un test de dépistage au cours des 12 derniers mois, 34% depuis plus de 12 mois et 14% n'avaient jamais eu recours à un test au cours de leur vie. Ne pas avoir fait de test dans les 12 derniers mois était associé, en analyse multivariée, à la fois au fait d'être éloigné de la communauté homosexuelle et d'avoir des comportements sexuels moins à risque en termes de nombre de partenaires sexuels et d'exposition à une contamination lors de rapports anaux.

Conduire les HSH distants des modes de vie communautaires gays à suivre les recommandations implique une diversification des arguments d'incitation et des outils de dépistage, dans laquelle l'autotest peut constituer un levier.

Men who have sex with men (MSM) are the most affected group by HIV in France. Since 2010, sexually active MSM are recommended to screen for HIV at least once a year.

The objective of this article is to describe the characteristics of MSM according to their HIV testing practices and to present the factors associated with failure to follow the recommendations in terms of screening.

The 2011 Gay and Lesbian survey recruited 10,179 MSM living in France and who had at least one male partner in their life. Only respondents who answered to all the questions included in the multivariate analysis were selected for analysis. Among non-HIV-positive respondents who were sexually active in the past 12 months (7,521), 52% had completed a HIV test in the last 12 months, 34% for more than 12 months, and 14% had never been tested for HIV. The absence of testing for HIV in the last 12 months was associated, in multivariate analysis, both with living remote from the gay community and having less at-risk sexual behaviors in terms of number of sexual partners and exposure to contamination during anal sex.

To encourage MSM who are distant from the gay community to follow the recommendations implies a diversification of incentives and screening tools, where self-testing can be a leverage.

Mots-clés : VIH, Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, Dépistage, Comportements sexuels

// **Keywords:** HIV, Men having sex with men, HIV testing, Sexual behaviors

Introduction

En 2010, les pouvoirs publics ont mis en œuvre une nouvelle stratégie de dépistage du VIH, ajoutant au dépistage élargi une recommandation de dépistage répété, notamment pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), accompagnée d'une offre ciblée de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD)¹. Cette politique a conduit à une augmentation de 14% du nombre de découvertes

de séropositivité VIH entre 2011 et 2012 chez les HSH. Mais elle semble n'avoir bénéficié qu'aux HSH récemment exposés à un risque de contamination, l'augmentation ne concernant que les diagnostics les plus précoces².

L'Enquête presse gays et lesbiennes (EPGL), réalisée en 2011, apporte un éclairage sur le recours au dépistage du VIH des HSH. L'objectif de cet article est de décrire les spécificités des HSH non séropositifs pour

le VIH et sexuellement actifs au cours des 12 derniers mois selon leurs pratiques de dépistage VIH. Les facteurs associés au non suivi des recommandations en termes de dépistage répété ont été analysés.

Méthode

L'EPGL est une étude transversale anonyme volontaire, dont la première édition date de 1985, et qui a été renouvelée en 2011 *via* la presse et des sites Internet communautaires gay³. Le questionnaire auto-administré était constitué de plus de 150 questions, pour une large majorité identiques à celles des éditions antérieures⁴. Ont été recueillis : les caractéristiques socio-démographiques des HSH (âge, niveau scolaire, taille de l'agglomération de résidence, lieu de naissance), des informations sur leurs modes de vie (fréquentation des lieux de convivialité gay comme les bars, *backrooms*, saunas, des sites de rencontre sur Internet, relation stable avec un homme), leur parcours sexuel (identité sexuelle, acceptation de l'orientation sexuelle par l'entourage, nombre de partenaires féminins et masculins dans l'année) et leurs pratiques sexuelles préventives selon le type de partenaire (stable ou occasionnel) dans les 12 derniers mois. Le recours au dépistage du VIH au cours de la vie et dans les 12 derniers mois, les motifs et les lieux de réalisation du dernier dépistage ont été également collectés, ainsi que le statut sérologique au moment de l'enquête.

L'enquête a recruté 10 446 HSH résidant en France. Nos analyses portent sur les 7 521 HSH sexuellement actifs au cours des 12 derniers mois et ayant répondu à l'ensemble des questions retenues dans le modèle de régression multinomiale. Les hommes séropositifs diagnostiqués plus d'un an avant l'enquête ont été exclus.

Afin de décrire le recours au dépistage VIH, trois catégories ont été créées : le recours au dépistage VIH dans les 12 derniers mois, le recours au dépistage antérieur à 12 mois et le non recours au dépistage au cours de la vie.

L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel Stata® 12. Le test du Chi2 a été utilisé pour examiner, dans les trois catégories de recours au dépistage VIH, les différences associées aux caractéristiques sociodémographiques, aux modes de vie et aux comportements sexuels. Un modèle de régression multinomiale a été conduit afin de pouvoir intégrer dans un même modèle les trois catégories de dépistage et les comparer entre elles. Le seuil de significativité retenu était de 0,05.

Résultats

Description des HSH non séropositifs pour le VIH depuis plus de 12 mois, sexuellement actifs au cours des 12 derniers mois (N=7 521)

L'âge médian de la population d'étude s'élevait à 34 ans (intervalle interquartile, IQ: [25-44]) ; 73% avaient suivi des études supérieures au baccalauréat

et 43% résidaient dans une agglomération de 20 000 à 500 000 habitants (tableau 1). La majorité s'auto-définissait comme étant homosexuel (87%) et avait fréquenté au moins un lieu gay dans les 12 derniers mois (81%). Dans les 12 derniers mois, près de la moitié (48%) avait eu entre 2 et 10 partenaires masculins et 26% avaient eu au moins une pénétration anale non protégée avec des partenaires occasionnels masculins.

Les pratiques de dépistage

Parmi les répondants non séropositifs pour le VIH depuis plus de 12 mois, sexuellement actifs au cours des 12 derniers mois, 52% avaient réalisé un test de dépistage dans l'année, 34% il y a plus de 12 mois, alors que 14% n'avaient jamais eu recours à un test au cours de leur vie (figure).

Des spécificités sociodémographiques selon les pratiques de dépistage

Les répondants non testés étaient beaucoup plus jeunes que les autres, avec un âge médian de 26 ans (IQ[20-38]) *versus* 34 ans (IQ[25-43]) pour ceux ayant réalisé un test dans les 12 derniers mois et 37 ans (IQ[29-45]) pour ceux dont le test était plus ancien. Cependant, 16% des répondants non testés et sexuellement actifs dans l'année étaient âgés de plus de 45 ans (tableau 1).

Des différences importantes ont été observées entre les répondants non testés et ceux ayant réalisé au moins un test dans leur vie : les premiers avaient un niveau d'études moindre, des revenus plus faibles et ils résidaient dans des agglomérations de plus petite taille. Par ailleurs, ils étaient plus distants des modes de vie communautaires gay : ils s'auto-définissaient moins souvent comme homosexuels, leur orientation sexuelle était moins souvent connue de leur entourage familial, ils étaient plus nombreux à ne jamais fréquenter de lieu gay (tableau 1). En revanche, dans les mêmes proportions que les répondants ayant réalisé un dépistage dans les 12 derniers mois, plus de la moitié rapportait fréquenter régulièrement des sites Internet de rencontre (tableau 1).

Des comportements sexuels différentiels selon les pratiques de dépistage

Les répondants ayant réalisé un test dans les 12 derniers mois déclaraient un nombre médian de partenaires sexuels masculins dans l'année plus important que les autres : 6 (IQ[2-20]) *versus* 3 (IQ[1-10]) pour ceux ayant un dépistage antérieur à 12 mois et 3 (IQ[1-5]) pour ceux non testés. Les répondants dont le dépistage était antérieur à 12 mois rapportaient plus souvent avoir eu un seul partenaire. De même, ils déclaraient plus souvent avoir une relation stable avec un homme (tableau 1). Cette catégorie de répondants rapportait moins que les deux autres avoir eu des rapports anaux non protégés avec des partenaires occasionnels au cours des 12 derniers mois : 19% *versus* 31% pour ceux ayant réalisé un test dans l'année et 23% pour les non testés ($p < 0,001$).

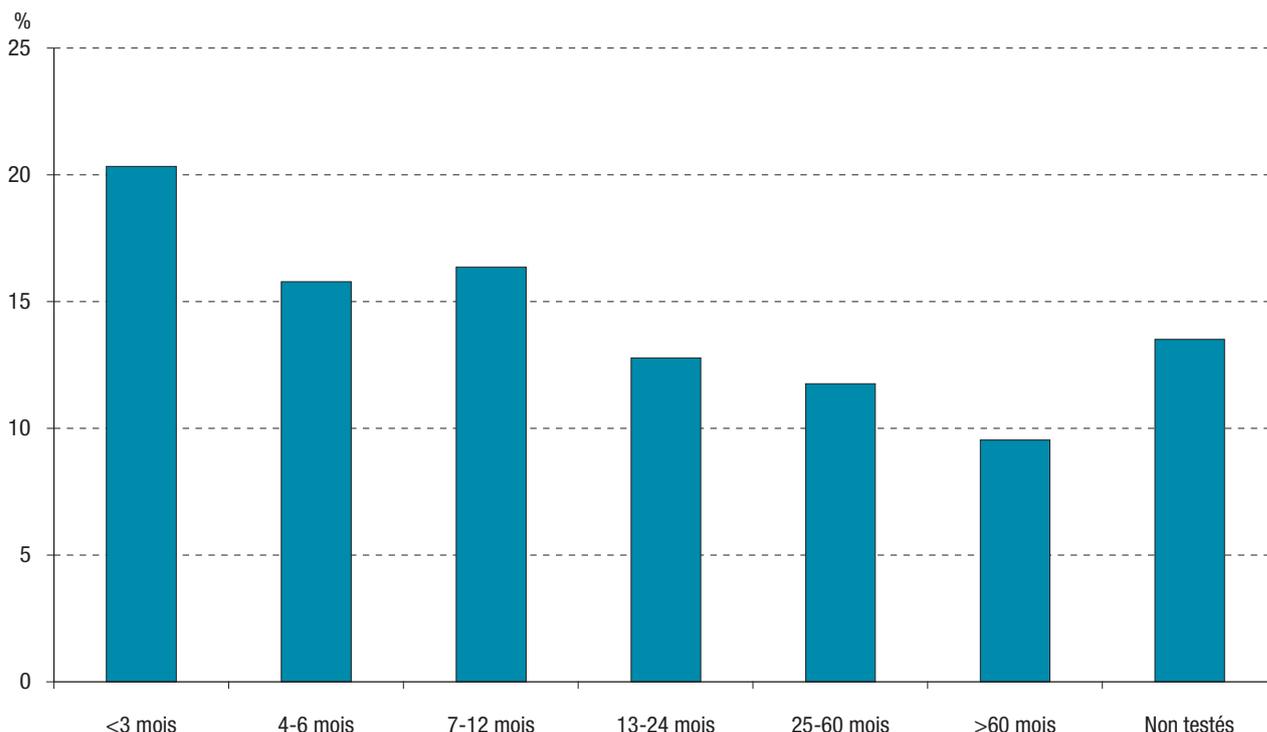
Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques, de modes de vie et de comportements sexuels selon le recours au test de dépistage VIH. Enquête presse gays et lesbiennes 2011, France

	Test VIH ≤12 mois		Test VIH >12 mois		Non testés		Total		p
	N=4 246		N=2 366		N=909		N=7 521		
	n	%	n	%			n	%	(Chi2)
Classes d'âge									
<30 ans	1 584	37,3	648	27,4	546	60,1	2 778	36,9	<0,001
30-44 ans	1 727	40,7	1 125	47,5	215	23,7	3 067	40,8	
45 ans et plus	935	22,0	593	25,1	148	16,3	1 676	22,3	
Niveau d'études Bac et moins									
Oui	1 162	27,4	553	23,4	338	37,2	2 053	27,3	<0,001
Non	3 084	72,6	1 813	76,6	571	62,8	5 468	72,7	
Revenu mensuel <1 000€									
Oui	964	22,7	380	16,1	380	41,8	1 724	22,9	<0,001
Non	3 282	77,3	1 986	83,9	529	58,2	5 797	77,1	
Taille d'agglomération									
<20 000 habitants	1 133	26,7	687	29,0	337	37,1	2 157	28,7	<0,001
20 à 500 000 habitants	1 808	42,6	993	42,0	402	44,2	3 203	42,6	
>500 000 habitants	1 305	30,7	686	29,0	170	18,7	2 161	28,7	
Ego ou un de ses parents né en Afrique, Amérique du Sud, Caraïbes ou Asie									
Oui	355	8,6	198	8,5	65	7,4	618	8,4	p=0,497
Non	3 891	91,4	2 168	91,5	844	92,6	6 903	91,6	
Identité sexuelle									
Homosexuelle	3 770	88,8	2 073	87,6	716	78,8	6 559	87,2	<0,001
Bisexuelle	369	8,7	237	10,0	159	17,5	765	10,2	
Hétérosexuelle ou refus de se définir par rapport à sa sexualité ou autre	107	2,5	56	2,4	34	3,7	197	2,6	
Homosexualité inconnue par au moins un membre de l'entourage									
Oui	1 664	39,2	957	40,5	555	61,1	3 176	42,3	<0,001
Non	2 582	60,8	1 409	59,5	354	38,9	4 345	57,7	
Au moins une partenaire féminine (12 derniers mois)									
Oui	349	9,4	204	9,9	112	13,6	665	10,1	0,001
Non	3 897	90,6	2 162	90,1	797	86,4	6 856	89,9	
Fréquentation régulière des sites de rencontres Internet									
Oui	2 353	55,4	957	40,4	488	53,7	3 798	50,5	<0,001
Non	1 893	44,6	1 409	59,6	421	46,3	3 723	49,5	
Non fréquentation des lieux gay									
Oui	603	14,2	539	22,8	270	29,7	1 412	18,8	<0,001
Non	3 643	85,8	1 827	77,2	639	70,3	6 109	81,2	
Nombre de partenaires sexuels masculins (12 derniers mois)									
Un partenaire	716	16,9	918	38,8	292	32,1	1 926	25,6	<0,001
De 2 à 10 partenaires	2 075	48,9	1 031	43,6	502	55,2	3 608	48,0	
Plus de 10 partenaires	1 455	34,3	417	17,6	115	12,7	1 987	26,4	
Relation stable avec un homme (12 derniers mois)									
Oui	2 754	64,9	1 660	70,2	473	52,0	4 887	65,0	<0,001
Non	1 492	35,1	706	29,8	436	48,0	2 634	35,0	
Au moins une pénétration anale non protégée avec partenaire occasionnel									
Oui	1 327	31,3	445	18,8	212	23,3	1 984	26,4	<0,001
Non	2 919	68,7	1 921	81,2	697	76,7	5 537	73,6	
Statistiques descriptives									
Âge	N	Médiane [IQ]	N	Médiane [IQ]	N	Médiane [IQ]	N	Médiane [IQ]	
Âge	4 246	34 [26-43]	2 366	37 [29-45]	909	26 [21-38]	7 521	34 [26-43]	
Nombre de partenaires masculins (12 derniers mois)	N	Médiane [IQ]	N	Médiane [IQ]	N	Médiane [IQ]	N	Médiane [IQ]	
Nombre de partenaires masculins (12 derniers mois)	4 246	6 [2-20]	2 366	3 [1-9]	909	3 [1-6]	7 521	5 [1-12]	

Champ : HSH résidant en France, sexuellement actifs au cours des 12 derniers mois, non séropositifs ou séropositifs ayant découvert leur séropositivité dans les 12 derniers mois, EPL 2011. N=7 521.

IQ : intervalle interquartile.

Délai depuis le dernier test de dépistage VIH négatif. Enquête presse gays et lesbiennes 2011, France

Champ : HSH résidant en France, sexuellement actifs au cours des 12 derniers mois, non séropositifs ou séropositifs ayant découvert leur séropositivité dans les 12 derniers mois (n=7 255). Pour 266 HSH, la date du dernier test négatif n'a pas été renseignée.

Motifs et lieux de dépistage

Les motifs de recours au dépistage concernant le dernier test réalisé variaient selon la fréquence du dépistage. Logiquement, la vérification régulière du statut sérologique VIH était le principal motif des répondants dépistés dans les 12 derniers mois (61%) ; la volonté d'avoir des rapports non protégés avec son partenaire stable était principalement rapportée par les répondants ayant un test antérieur à 12 mois (32%). Ce dernier test de dépistage avait eu lieu principalement dans un laboratoire privé, avec une prescription médicale (57% pour les répondants testés dans les 12 derniers mois et 51% pour les autres, $p < 0,001$). Les Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) étaient mentionnées plus fréquemment par les répondants dont le test était antérieur à 12 mois : 32% contre 27% pour ceux dont le dépistage était plus récent ($p < 0,001$). La part des répondants ayant réalisé leur dernier test dans un centre communautaire gay⁽¹⁾ était faible (2% ; n=168) et concernait majoritairement des répondants ayant réalisé leur test dans les 12 mois. Quant à la réalisation d'un autotest à domicile, elle était très marginale : 16 répondants rapportaient cette pratique, dont 14 ayant fait un test dans les 12 mois.

⁽¹⁾ Actions TROD de l'association Aides dans leurs locaux, du Checkpoint à Paris ou du centre de santé sexuelle « Le 190 » à Paris.

Les facteurs associés selon les trois catégories de dépistage (analyse multinomiale)

Dans un premier temps, les répondants ayant réalisé un test de dépistage antérieur à 12 mois ont été comparés à ceux ayant réalisé un test dans les 12 derniers mois en tant que population de référence (tableau 2, (1)). Le fait d'avoir réalisé un test antérieur à 12 mois était, de manière indépendante, associé positivement à l'âge, à la non fréquentation de lieux gay dans les 12 derniers mois, au fait d'avoir moins de 10 partenaires, de ne pas être en relation stable avec un homme et de ne pas avoir eu de pénétrations anales non protégées avec des partenaires occasionnels. Le niveau d'études, le revenu mensuel, la fréquentation régulière des sites Internet de rencontre étaient également associés, mais de manière négative, au fait d'avoir réalisé un test antérieur à 12 mois.

Dans un second temps, les répondants n'ayant pas réalisé de test de dépistage au cours de leur vie ont été comparés à ceux ayant réalisé un test dans les 12 derniers mois en tant que population de référence (tableau 2, (2)). Le fait de ne pas avoir réalisé un test au cours de sa vie était, de manière indépendante, associé positivement à un faible niveau d'études et de revenu, à des zones d'agglomération de résidence de moindre densité urbaine, au fait de se définir plus bisexuel qu'homosexuel, de ne pas fréquenter de lieux de convivialité gay, de ne pas avoir eu de partenaire stable dans les 12 derniers mois, d'avoir eu un faible nombre de partenaires sexuels dans les 12 derniers mois et de ne pas avoir eu de pénétrations anales

non protégées avec des partenaires occasionnels. L'âge était, de manière significative, associé négativement au fait de ne pas avoir fait de test au cours de la vie. Toutes choses égales par ailleurs, les répondants âgés de plus de 30 ans avaient une probabilité moindre de ne pas avoir fait de dépistage dans leur vie par rapport à leurs cadets (tableau 2 (2)).

Enfin, les répondants n'ayant pas réalisé de test de dépistage au cours de leur vie ont été comparés à ceux ayant réalisé un test antérieur aux 12 derniers mois en tant que population de référence (tableau 2 (3)). Dans ce modèle, la probabilité de ne pas avoir fait de test au cours de la vie était associée positivement à un faible niveau d'études et de revenu, à des zones

Tableau 2

Analyse de régression multinomiale comparant les HSH ayant réalisé un test VIH dans les 12 derniers mois, ceux testés il y a plus de 12 mois et ceux n'ayant jamais réalisé de test de dépistage du VIH (N=7 521). Enquête presse gays et lesbiennes 2011, France

	Testés depuis plus de 12 mois vs testés dans l'année (1)		Non testés vs testés dans l'année (2)		Non testés vs testés depuis plus de 12 mois (3)	
	Population de référence : testés dans l'année		Population de référence : testés dans l'année		Population de référence : testés il y a plus de 12 mois	
	OR	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%
Classes d'âge						
Moins de 30 ans	1,0		1,0		1,0	
30-44 ans	1,6***	[1,4-1,8]	0,5***	[0,4-0,6]	0,3***	[0,3-0,4]
45 ans et plus	1,6***	[1,4-1,9]	0,6***	[0,5-0,7]	0,4***	[0,3-0,5]
Niveau d'études						
Baccalauréat ou inférieur	1,0		1,0		1,0	
Supérieur au baccalauréat	0,8***	[0,7-0,9]	1,3**	[1,1-1,5]	1,7***	[1,4-2,0]
Revenu mensuel						
Inférieur à 1 000 €	1,0		1,0		1,0	
1 000 € ou plus	0,8**	[0,7-0,9]	1,5***	[1,2-1,8]	1,8***	[1,5-2,2]
Taille d'agglomération						
Moins de 20 000 habitants	1,1	[1,0-1,3]	1,7***	[1,4-2,1]	1,5***	[1,2-1,9]
De 20 000 à 500 000 habitants	1,0	[0,9-1,2]	1,4***	[1,2-1,7]	1,4**	[1,1-1,7]
Plus de 500 000 habitants	1,0		1,0		1,0	
Identité sexuelle						
Homosexuelle	1,0		1,0		1,0	
Bisexuelle	1,2	[1,0-1,4]	1,7***	[1,4-2,2]	1,5**	[1,2-1,8]
Hétérosexuelle ou refus de se définir par rapport à sa sexualité ou autre	1,0	[0,7-1,3]	1,2	[0,8-1,8]	1,2	[0,8-2,0]
Fréquentation régulière des sites Internet de rencontre						
Non	1,0		1,0		1,0	
Oui	0,8***	[0,7-0,9]	1,2	[1,0-1,4]	1,5***	[1,2-1,8]
Fréquentation des lieux gay						
Oui	1,0		1,0		1,0	
Non	1,3***	[1,1-1,5]	1,7***	[1,4-2,0]	1,3**	[1,1-1,6]
Nombre de partenaires sexuels masculins - 12 derniers mois						
Un partenaire	3,8***	[3,2-4,6]	4,6***	[3,5-6,0]	1,2	[0,9-1,6]
De 2 à 10 partenaires	1,7***	[1,5-2,0]	2,3***	[1,8-2,9]	1,3*	[1,0-1,7]
Plus de 10 partenaires	1,0		1,0		1,0	
Relation stable avec un homme - 12 derniers mois						
Non	1,1*	[1,0-1,3]	2,0***	[1,7-2,3]	1,7***	[1,5-2,1]
Oui	1,0		1,0		1,0	
Au moins une pénétration anale non protégée avec un partenaire occasionnel - 12 derniers mois						
Non	1,2**	[1,1-1,4]	1,2*	[1,0-1,5]	1,0	[0,8-1,2]
Oui	1,0		1,0		1,0	

* p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001

HSH : hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ; OR : odds ration ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.

Aide à la lecture : toutes choses étant égales par ailleurs, comparativement aux HSH âgés de moins de 30 ans, les HSH âgés de 30 à 44 ans ont une probabilité 1,6 fois plus élevée d'avoir réalisé un test de dépistage VIH il y a plus de 12 mois plutôt qu'un test dans les 12 derniers mois.

d'agglomération de résidence de moindre densité urbaine, au fait de se définir plus bisexuel qu'homosexuel, de ne pas fréquenter de lieux de convivialité gay, de fréquenter régulièrement les sites Internet de rencontre, de ne pas avoir eu de partenaire stable dans les 12 derniers mois et d'avoir eu un faible nombre de partenaires sexuels dans les 12 derniers mois. L'âge était, comme dans le modèle précédent, significativement associé négativement au fait de ne pas avoir fait de test au cours de la vie.

Discussion

En France, dès le début des années 2000, les HSH ont rapporté une fréquence élevée de recours au dépistage pour le VIH⁴. En 2011, la moitié des HSH sexuellement actifs non séropositifs a eu recours à un test de dépistage dans les 12 derniers mois. Ce recours est resté stable au cours des dernières années⁵, bien que les comparaisons soient à manier avec précaution du fait de l'utilisation d'indicateurs variables au cours du temps dans l'Enquête presse gays⁴. Par ailleurs, les modalités de recrutement ont un impact sur les caractéristiques de la population interrogée. Ainsi, les HSH non séropositifs pour le VIH ayant participé à l'étude Prévagay en 2009 dans les lieux de convivialité gay parisiens rapportaient un taux de dépistage dans les 12 mois de 70%⁵. Des études réalisées en Écosse⁶ ou aux États-Unis⁷ dans des lieux de convivialité rapportaient également des taux de dépistage dans les 12 derniers mois plus élevés que ceux de l'EPGL 2011 et en augmentation par rapport aux années précédentes. Par rapport à ces enquêtes, grâce à son recrutement par Internet, l'EPGL 2011 a permis de toucher une plus grande diversité de profils d'HSH : les jeunes hommes, les hommes vivant en milieu rural, les hommes sans activité sexuelle, les hommes mono-partenaires ou encore ceux qui ne fréquentent pas les lieux de convivialité gay³.

La moitié des HSH participant à l'EPGL 2011 n'avait pas pratiqué un dépistage dans l'année. La proportion de non testés au cours de la vie, de 14%, est stable depuis plusieurs décennies⁴. De manière structurelle, la proportion de jeunes HSH n'ayant pas encore réalisé de test VIH diminue avec l'âge, correspondant à la période d'initiation au mode de vie homosexuel et d'intégration de ses normes préventives⁸. À partir de 30 ans, une proportion de répondants faible (6%), mais qui semble incompressible, ne se dépiste pas, alors qu'il s'agit d'hommes sexuellement actifs, appartenant à des générations qui ont traversé les années sida.

L'analyse multinomiale souligne les spécificités des HSH vis-à-vis du dépistage. Par rapport aux HSH qui ont recours au test de dépistage annuellement, les HSH non testés ou testés antérieurement à un an se caractérisent, de manière similaire, par une certaine distance avec les modes de vie sexuelle gay : ils fréquentent moins la scène gay, ont peu de partenaires sexuels masculins et ont moins de rapports anaux non protégés par le préservatif avec des partenaires occasionnels. Outre ces caractéristiques, les HSH

dont le dépistage est antérieur à un an sont plus âgés et appartiennent à des catégories sociales plus favorisées que les HSH ayant eu recours au dépistage dans l'année. Quant aux HSH non testés, qu'ils soient comparés aux HSH ayant réalisé un test dans les 12 derniers mois ou antérieurement, ils se caractérisent également par un éloignement géographique des zones urbaines, un moindre sentiment d'appartenance à la communauté gay, un jeune âge et une position sociale plus modeste.

Nos résultats confirment l'usage différencié du dépistage dans la population HSH. Des HSH fortement exposés au risque de contamination par le VIH, du fait du nombre de leurs partenaires sexuels et de leurs comportements sexuels préventifs, ont intégré le recours au dépistage annuel dans leur stratégie de réduction des risques. En revanche, d'autres HSH, plus distants de la scène gay et de ses styles de vie sexuelle, ne suivent pas les recommandations de dépistage annuel. Avec une incidence du VIH estimée à 1% pour l'ensemble de la population des HSH, soit 200 fois supérieure à celle observée chez les personnes françaises contaminées par rapports hétérosexuels⁹, l'enjeu est bien de conduire l'ensemble des HSH à réaliser un test de dépistage annuel, y compris ceux qui ne se considèrent pas exposés à un risque de contamination.

Différents leviers doivent être mis en œuvre pour encourager ces HSH à répéter annuellement leur recours au dépistage : la mise à disposition d'outils appropriés et une meilleure compréhension des bénéfices d'un recours annuel au dépistage. Les nouvelles offres communautaires de TROD ne semblent pas adaptées à des populations éloignées de la sociabilité gay⁵. En revanche, la mise à disposition d'autotests pourrait répondre à leurs attentes et à leurs besoins de discrétion du fait de l'aspect pratique, rapide et anonyme de cet outil¹⁰ qui, à ce jour, n'est pas encore autorisé en France. Mais la mise à disposition d'un outil supplémentaire à une offre déjà très diversifiée et accessible ne peut être efficace que si, par ailleurs, des actions de communication sur l'intérêt d'avoir recours au test de dépistage sont mises en œuvre. En effet, des études ont montré que la perception des avantages au recours au dépistage était un facteur déterminant dans le fait de se tester annuellement ou pas^{6,11}. Bien que ces HSH rapportent peu de comportements sexuels à risque en termes de nombre de partenaires sexuels et de protection de leurs rapports anaux, ils sont, malgré cela, exposés à un risque de contamination plus important que les hétérosexuels. Dans ce contexte, il est important de diffuser des messages dans la population HSH mettant en avant les bénéfices à se faire tester le plus largement possible. Cette prise de conscience pourrait permettre de réduire la proportion de découvertes de séropositivité tardives⁽²⁾ qui, en 2012, s'élevait

(2) Diagnostic tardif : stade sida ou CD4 <200/mm³ en dehors d'une primo-infection.

encore à 17% chez les HSH², ainsi que la part d'HSH méconnaissant leur séropositivité engagés dans des comportements à risque¹².

Les actions communautaires mettant en œuvre des TROD sont, quant à elles, particulièrement adaptées aux habitudes de vie identitaires des HSH, qui ont à la fois un risque d'exposition élevé et l'habitude de recourir au dépistage. En effet, ces HSH indiquaient se tester pour vérifier leur statut sérologique, alors qu'ils étaient engagés dans des comportements sexuels à risque avec un nombre important de partenaires sexuels. Le dépistage fait alors partie intégrante d'une stratégie plus globale de réduction des risques¹³. Dans cette population très exposée, la fréquence annuelle du dépistage n'est peut-être pas encore suffisante, le nombre médian de tests réalisés dans l'année étant de 1 (IQ: [1-2]). La proximité et la rapidité de l'offre communautaire TROD en font un outil intéressant dans l'optique de réduire les délais entre contamination et diagnostic.

Des limites méthodologiques doivent être soulignées pour cette étude. Bien que l'échantillon soit important grâce à la diffusion de l'enquête sur Internet, les résultats ne peuvent être extrapolés à l'ensemble de la population des HSH du fait de l'absence de contrôle lors du processus d'inclusion et de l'absence de base de sondage. Des biais inhérents au mode de recrutement basé sur le volontariat sont habituellement relevés¹⁴. Malgré la plus grande diversité des répondants par Internet, ceux-ci restent surdiplômés et très affirmés quant à leur identité sexuelle, leur pratique homosexuelle et leur intérêt pour les questions de prévention. Ces biais tendent à surestimer le véritable niveau de recours au dépistage et de risque d'exposition au VIH ou aux infections sexuellement transmissibles (IST) de la population HSH¹⁴.

Le recours au test de dépistage étant une première étape essentielle vers la prise en charge et le traitement des personnes séropositives pour le VIH, il est essentiel d'améliorer la part de dépistage annuel dans la population HSH en mettant à sa disposition les outils appropriés. Les TROD devraient inciter les HSH très exposés au risque de contamination VIH à répéter plusieurs fois par an leur démarche de dépistage et donc contribuer à diminuer le délai de diagnostic. Les autotests devraient permettre d'atteindre les HSH distants des modes de vie gay et de détecter les non-diagnostiqués de longue date. Mais ces outils ne pourront être efficaces sans la mise en œuvre d'une approche plus globale d'éducation à la santé sexuelle. ■

Remerciements

Nous remercions l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites (ANRS) pour son soutien scientifique et financier, et les membres du comité scientifique de l'Enquête presse gays et lesbiennes pour l'ANRS.

Nous remercions tous ceux qui ont permis la réalisation et la réussite de cette enquête : les sites Internet et le magazine mensuel qui ont publicisé l'enquête, les équipes qui ont développé l'ensemble du site dédié, nos collègues de l'Institut de veille sanitaire et l'ensemble des hommes qui ont pris le temps de répondre à cette enquête.

Références

- [1] Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014. Paris: Ministère de la Santé et des Sports; 2010. 266 p. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf
- [2] Cazein F, Lot F, Pillonel J, Le Strat Y, Sommen C, Pinget R, *et al.* Découvertes de séropositivité VIH et sida France, 2003-2012. *Bull Epidemiol Hebd.* 2014;(9-10):154-62. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12010
- [3] Velter A, Saboni L, Bouyssou A, Semaille C. Comportements sexuels entre hommes à l'ère de la prévention combinée. Résultats de l'Enquête presse gays et lesbiennes 2011. *Bull Epidemiol Hebd.* 2013;(39-40):510-6. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=11833
- [4] Velter A, Bouyssou-Michel A, de Busscher PO, Jauffret-Roustide M, Semaille C. Enquête Presse Gay 2004. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire; 2007. 132 p. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=3960
- [5] Population HSH : pratiques de dépistages, nouveaux programmes communautaires et attentes vis-à-vis de l'auto test. In: Dépistage de l'infection VIH en France 2009-2011 : synthèse des études et recherches. Paris: Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales; 2013. pp. 59-72. <http://www.anrs.fr/Ressources-et-publications/Publications/Publications-ANRS/Depistage-de-l-infection-VIH-en-France-2009-2011.-Synthese-des-etudes-et-recherches>
- [6] Knussen C, Flowers P, McDaid LM. Factors associated with recency of HIV testing amongst men residing in Scotland who have sex with men. *AIDS Care.* 2014;26(3):297-303.
- [7] Cooley LA, Oster AM, Rose CE, Wejnert C, Le BC, Paz-Bailey G, for the NHBS Study Group. Increases in HIV testing among men who have sex with men – National HIV Behavioral Surveillance System, 20 U.S. Metropolitan Statistical Areas, 2008 and 2011. *PLoS One* 2014;9(9):e104162.
- [8] Schiltz MA. Parcours de jeunes homosexuels dans le contexte du VIH : la conquête des modes de vie. *Population.* 1997;52(6):1485-537.
- [9] 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.
- [10] Greacen T, Friboulet D, Blachier A, Fugon L, Hefez S, Lorente N, *et al.* Internet-using men who have sex with men would be interested in accessing authorised HIV self-tests available for purchase online. *AIDS Care.* 2013;25(1):49-54.
- [11] Zablotska I, Holt M, de Wit J, McKechnie M, Mao L, Prestage G. Gay men who are not getting tested for HIV. *AIDS Behav.* 2012;16(7):1887-94.
- [12] 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, Prévagay 2009. *Bull Epidemiol Hebd.* 2010;(45-46):464-7. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=489
- [13] Leaity S, Sherr L, Wells H, Evans A, Miller R, Johnson M, *et al.* Repeat HIV testing: high-risk behaviour or risk reduction strategy? *AIDS.* 2000;14(5):547-52.
- [14] Elford J, Jeannin A, Spencer B, Gervasoni JP, van de Laar MJ, Dubois-Arber F; HIV and STI Behavioural Surveillance Mapping Group. HIV and STI behavioural surveillance among men who have sex with men in Europe. *Euro Surveill.* 2009;14(47). <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19414>

Citer cet article

Velter A, Saboni L, Le Vu S, Lot F. Pratiques de dépistage VIH des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Apports de l'Enquête presse gays et lesbiennes 2011. *Bull Epidemiol Hebd.* 2014;(32-33):541-7. http://www.invs.sante.fr/beh/2014/32-33/2014_32-33_2.html

ANALYSE DU PUBLIC TOUCHÉ LORS DE L'OPÉRATION FLASH TEST 2013 DE DÉPISTAGE RAPIDE DU VIH DANS QUATRE RÉGIONS FRANÇAISES

// ANALYSIS OF THE PUBLIC TARGETED BY THE 2013 FLASH TEST INTERVENTION ON RAPID HIV TESTING IN FOUR FRENCH REGIONS

Alice Atramont, Stéphane Le Vu (s.levu@invs.sante.fr)

Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

Soumis le : 23.07.2014 // Date of submission: 07.23.2014

Résumé // Abstract

Une semaine de dépistage rapide du VIH (Flash Test) a été organisée en 2013 dans quatre régions particulièrement concernées par l'épidémie : Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône-Alpes et Guyane. Un questionnaire proposé aux personnes dépistées a permis d'analyser le public touché par cette intervention.

L'analyse a porté sur 8 713 personnes. Le public était principalement masculin et jeune. Les participants étaient pour 38% d'entre eux nés à l'étranger. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes représentaient près de 15% de la population testée, les usagers de drogues par voie injectable 2,4% et les personnes transgenres 0,3%. Les répondants étaient 64% à avoir déjà eu un test VIH au cours de la vie. Au cours de la semaine, 48 personnes ont découvert leur séropositivité au VIH (0,55%).

Par rapport aux actions de dépistage communautaire mises en place en 2011, l'intervention a relativement moins touché les populations particulièrement exposées au VIH. Les participants de Flash Test n'étaient pas particulièrement éloignés du dispositif de dépistage. Enfin, la capacité à dépister des personnes séropositives était similaire à celle du dispositif des CDAG/Ciddist, voire plus basse pour la Guyane.

L'opération Flash Test a probablement constitué un apport en termes de mobilisation des acteurs du dépistage et de visibilité du dépistage du VIH et des tests rapides auprès du public. Néanmoins, l'analyse des caractéristiques des participants ne permet pas d'identifier une plus-value en termes épidémiologiques de ce modèle par rapport au dispositif de dépistage existant.

A week-long HIV rapid testing intervention (Flash Test) was organized in 2013 in four among the most affected regions in France: Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône-Alpes and French Guiana. Individual questionnaire data was used to describe the populations reached by the intervention.

The analysis included 8,713 individuals. Respondents were mainly men and young people. Foreign-born participants accounted for 38%. Men who have sex with men accounted for 15% of the study population, injecting drug users for 2.4% and transgender for 0.3%. Sixty-four per cent of respondents had already had an HIV test prior to the intervention. Over the week, 48 persons had tested HIV-positive (0.55%).

Compared to rapid HIV screening activity led by community-based organizations in France since 2011, the intervention relatively failed to reach more at-risk populations or those with poor access to HIV screening. The ability to detect infected persons was similar to that of free and anonymous screening centers, and was even lower in French Guiana.

Flash Test intervention has probably enhanced the mobilization of screening professionals and increased public awareness of rapid HIV tests. However, according to participants' characteristics, this model of intervention does not prove to be more valuable than the existing HIV screening system to detect undiagnosed infected individuals.

Mots-clés : VIH, Dépistage, TROD

// *Keywords:* HIV, Screening, Rapid diagnosis test

Introduction

La stratégie de dépistage de l'infection par le VIH en France a été renouvelée en 2010 à partir des recommandations de la Haute Autorité de santé¹ et intégrée dans le plan national de lutte contre l'infection 2010-2014². Cette stratégie conjugue une recommandation de dépistage de toute la population

adulte dans une visée de rattrapage des infections non-diagnostiquées et un recours régulier pour les personnes ou populations plus exposées. En tant que nouvel outil venant compléter cette stratégie, l'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) pour le dépistage du VIH est en expansion en France depuis 2010³. L'intérêt des TROD est qu'il est possible de les utiliser auprès de populations

qui ne se dépistent pas ou pas assez, en proposant leur réalisation hors des structures de soins et, potentiellement, par des personnels non médicaux, notamment en milieu associatif⁴.

Dans ce cadre, une opération, conjuguant durant une semaine des actions spécifiques de dépistage rapide de l'infection par le VIH, a été organisée en 2013 dans quatre régions particulièrement concernées par l'épidémie : Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca), Rhône-Alpes et Guyane.

L'Institut de veille sanitaire (InVS) a été saisi par la Direction générale de la Santé (DGS) pour assurer l'analyse du public touché par cette expérimentation. L'impact attendu de cette intervention étant d'atteindre, par une mobilisation et un dispositif spécifiques, une population particulièrement exposée et/ou ne recourant pas ou pas assez au dispositif conventionnel de dépistage, les objectifs principaux de cette analyse étaient : (1) décrire la population testée et les personnes découvrant leur séropositivité au cours de l'opération ; (2) déterminer si les personnes testées appartenaient aux populations ciblées par l'intervention ; (3) déterminer si les personnes testées recouraient habituellement au test de dépistage du VIH.

Méthodes

Description de l'intervention Flash Test 2013

Cette intervention s'est inspirée de l'opération Flash Test menée par le Sidaction auprès de la population homosexuelle en Île-de-France en 2012. Durant la semaine Flash Test 2013, pilotée par la DGS, les actions de dépistage ont été proposées à plusieurs populations cibles (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, personnes qui se prostituent, personnes migrantes, usagers de drogue par voie intraveineuse, populations éloignées du système de soins), simultanément dans les trois régions de métropole (Île-de-France, Paca, Rhône-Alpes) au mois de septembre, et en décembre 2013 pour la Guyane⁵. L'intervention était organisée régionalement par les Agences régionales de santé (ARS), en lien avec les Coordinations régionales de lutte contre le VIH (Corevih) ou les Centres régionaux d'information et de prévention du sida (Crips). Une large campagne de communication (affiches, presse, Internet, flyers...), conçue avec l'appui de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), a précédé la semaine. La semaine Flash Test 2013 a consisté à mobiliser des structures de santé offrant en pratique courante un dépistage du VIH (notamment Centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)/Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist), centres de planning familial, centres hospitaliers) ainsi que des associations de prévention et de lutte contre le VIH qui, seules ou en partenariat, ont permis de proposer un test aux groupes de populations cibles, dans des lieux et à des plages horaires spécifiques à cette semaine d'actions, avec une majorité d'actions « hors les murs ».

Population d'analyse

La population d'analyse est constituée des personnes dépistées lors de la semaine Flash Test 2013, âgées d'au moins 18 ans, ne se sachant pas séropositives et ayant renseigné au moins une question de l'auto-questionnaire.

Questionnaire

Le questionnaire comportait une partie à compléter par la personne réalisant le TROD et mentionnant principalement le résultat du test et le site du dépistage. L'autre partie était un auto-questionnaire anonyme et confidentiel à remplir par la personne dépistée, non visible par l'opérateur du TROD une fois complété par la personne dépistée. Le questionnaire était systématiquement proposé en amont de l'entretien de dépistage du VIH, mais il n'était pas obligatoire pour pouvoir bénéficier du dépistage. Des auto-questionnaires traduits étaient disponibles pour les personnes non francophones. Cet auto-questionnaire d'une page comportait 16 questions regroupées en quatre sections : généralités, antécédents de dépistage du VIH, sexualité et usage de drogues.

Variables créées

Les questionnaires indiquaient des résultats de TROD positifs, négatifs ou indéterminés. Les coordonnateurs régionaux de l'opération ont par la suite revu et confirmé quels participants avaient été finalement dépistés positifs. Tous les autres résultats ont dès lors été considérés dans l'analyse comme négatifs.

Pour distinguer des catégories d'exposition, des groupes exclusifs et hiérarchisés ont été construits à partir des variables suivantes : sexe, rapports sexuels avec des hommes dans les 12 derniers mois, consommation de drogues par voie injectable dans les 5 ans, pays de naissance. Sept groupes ont été considérés : (1) personnes transgenres ; (2) HSH (hommes ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels avec des hommes dans les 12 derniers mois) ; (3) UDI (hommes hétérosexuels ou femmes ayant déclaré avoir consommé des drogues par voie injectable dans les 5 ans) ; (4) hommes hétérosexuels nés en France ; (5) hommes hétérosexuels nés à l'étranger ; (6) femmes nées en France ; (7) femmes nées à l'étranger.

Comme indicateur d'un recours fréquent au test de dépistage, nous avons construit une variable « test récent » à partir de l'année du dernier test et du nombre de tests effectués au cours des deux dernières années. Le dernier test a été considéré « récent » s'il avait été réalisé en 2012 ou 2013, ou si au moins un test avait été fait dans les 2 ans. Ainsi, les personnes que nous décrivons dans Flash Test avec un antécédent de test récent avaient eu deux tests en 2 ans (celui de Flash Test et au moins un le précédant). En l'absence d'information sur le délai séparant les deux tests, nous avons fait l'hypothèse que ceux-ci étaient répartis uniformément et correspondaient pour ces personnes à une fréquence moyenne d'un test par an.

Le nombre de réponses « ne sait pas » et les données manquantes sont présentés en effectif mais ne sont pas inclus dans le calcul des pourcentages. Le Chi2 de Pearson ou le test exact de Fisher ont été utilisés pour tester l'indépendance entre deux caractères qualitatifs au risque alpha=5%.

Résultats

Un total de 9 161 questionnaires a été reçu. Après exclusion des personnes mineures (354), des personnes qui n'avaient pas rempli l'auto-questionnaire (88) et des personnes dont la séropositivité au VIH était déjà connue (6), 8 713 questionnaires ont été analysés, soit 90% des 9 726 personnes testées lors de la semaine Flash Test. Plus de la moitié des participants ont été testés en Île-de-France (52%). Les régions Paca, Rhône-Alpes et Guyane regroupaient respectivement 18%, 16% et 15% des questionnaires.

Caractéristiques des personnes dépistées

Le public touché par cette opération était principalement masculin (62% d'hommes) et jeune (âge moyen : 34 ans, âge médian : 30 ans). Les participants étaient, pour 38% d'entre eux, nés à l'étranger.

Le tableau 1 fait apparaître les catégories d'exposition exclusives et hiérarchisées. Les HSH représentaient près de 15% de la population testée, les UDI 2,4% et les personnes transgenres 0,3%. Les hommes hétérosexuels et les femmes nés à l'étranger représentaient 33% des participants. Par ailleurs, 7% des participants ont déclaré avoir déjà eu des relations sexuelles en échange d'argent ou de service. Cette proportion était très variable selon les catégories d'exposition considérées. Elle variait entre 2% pour les femmes

Tableau 1

Répartition des catégories d'exposition des participants à l'opération Flash Test 2013 dans quatre régions françaises

Catégorie d'exposition	Total		Île-de-France		Paca		Rhône-Alpes		Guyane	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	8 713	100	4 517	100	1 535	100	1 371	100	1 290	100
HSH	1 272	14,7	857	19,1	133	8,9	269	19,6	13	1,0
Personnes transgenres	26	0,3	21	0,5	1	0,1	3	0,2	1	0,1
UDI*	203	2,4	79	1,8	69	4,6	48	3,5	7	0,5
Hommes hétérosexuels**	3 953	45,8	2 041	45,5	753	50,4	522	38,1	637	49,6
Nés en France	1 967	22,8	959	21,4	379	25,4	305	22,3	324	25,2
Nés à l'étranger	1 631	18,9	897	20,0	298	20,0	175	12,8	261	20,3
Origine inconnue	355	4,1	185	4,1	76	5,1	42	3,1	52	4,0
Femmes**	3 182	36,8	1 491	33,2	537	36,0	528	38,5	626	48,8
Nées en France	1 928	22,3	887	19,8	344	23,0	403	29,4	294	22,9
Nées à l'étranger	1 058	12,3	516	11,5	160	10,7	107	7,8	275	21,4
Origine inconnue	196	2,3	88	2,0	33	2,2	18	1,3	57	4,4
Inconnu	77		28		42		1		6	

HSH : hommes ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels avec des hommes dans les 12 derniers mois précédant l'opération Flash Test.
UDI : hommes hétérosexuels ou femmes ayant déclaré avoir consommé des drogues par voie injectable dans les 5 ans précédant l'opération Flash Test.
Paca : Provence-Alpes-Côte d'Azur.

* Ni HSH, ni transgenre.

** Non UDI.

nées en France et 18% pour les UDI. Cette proportion était de 40% pour les personnes transgenres.

Recours au dépistage

Près des deux tiers des participants (64%) avaient déjà été testés pour le VIH ; 36% des participants ont donc réalisé leur premier test de dépistage au cours de l'opération Flash Test (tableau 2). Pour 38% des participants, le recours au test était récent. Les personnes qui avaient déjà réalisé un test avaient, pour les trois quarts, l'intention de faire à nouveau un dépistage (74%). Parmi les personnes qui n'avaient jamais effectué un test, 57% avaient l'intention de faire un dépistage avant de rencontrer le dispositif Flash Test. Les HSH étaient les plus nombreux à avoir l'intention de réaliser un dépistage (78%). Ils étaient également, avec les personnes transgenres, les plus nombreux à avoir déjà réalisé un test au cours de la vie (80% et 85%) et un test récent (61% et 60%).

Personnes testées positives

Au cours de la semaine, 48 personnes ont découvert leur séropositivité au VIH, soit un taux de 0,55%. Les plus forts taux de résultats positifs ont été retrouvés chez les personnes transgenres (5/26, 19,2%), les HSH (17/1 272, 1,34%) et les hétérosexuels nés à l'étranger (15/2 689, 0,56%). Aucun UDI n'a été retrouvé positif. Au total, deux tiers (32 sur 48) des découvertes de séropositivité concernaient, de manière non exclusive, des personnes HSH (17), nées en Afrique subsaharienne (10), transgenres (5) ou avec un antécédent de prostitution (9). Parmi les 16 autres personnes séropositives, 4 avaient été dépistées en Guyane. Les caractéristiques individuelles des participants ayant découvert leur séropositivité au cours de la semaine Flash Test sont détaillées en page 34 du rapport consacré à cette étude⁶.

Tableau 2

Recours au dépistage et tests positifs des participants à l'opération Flash Test 2013 dans quatre régions françaises, par catégorie d'exposition et par région (effectifs et proportions de « oui » pour chaque variable)

	Total ¹⁾		HSH		Personnes transgenres		UDI		Hommes hétérosexuels nés en France ²⁾		Hommes hétérosexuels nés à l'étranger ²⁾		Femmes nées en France ²⁾		Femmes nées à l'étranger ²⁾	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Test de dépistage VIH au cours de la vie³⁾	5 431	64,2	1 010	80,3	22	84,6	145	73,6	1 117	58,1	864	54,6	1 243	65,7	673	65,7
Île-de-France	2 758	62,6	648	76,4	18	85,7	51	69,9	524	55,8	469	53,8	562	64,4	312	62,3
Paca	897	61,5	111	85,4	1	100,0	56	81,2	235	63,7	126	44,2	221	65,8	84	53,5
Rhône-Alpes	866	64,3	241	90,3	3	100,0	32	66,7	150	50,0	95	55,9	234	59,4	71	68,9
Guyane	910	72,8	10	76,9	0	0,0	6	85,7	208	66,2	174	68,5	226	77,9	206	78,0
<i>p</i> *	<0,0001		<0,0001			0,33	0,24			<0,0001		<0,0001		<0,0001		<0,0001
Test de dépistage VIH récent³⁾	2 862	37,9	702	61,1	15	60,0	83	47,4	520	30,0	433	30,8	587	35,0	365	40,7
(Test récent : au moins un test dans les deux ans ou dernier test en 2012 ou 2013)	1 460	37,1	449	57,5	12	60,0	32	52,5	234	27,8	237	30,5	265	34,2	152	34,4
Île-de-France	412	31,6	77	65,8	1	100,0	33	51,6	96	29,5	48	18,8	92	30,5	45	31,0
Paca	431	35,5	168	70,3	2	66,7	15	34,1	54	19,6	42	27,5	95	26,5	40	44,4
Rhône-Alpes	559	51,3	8	72,7	0	0,0	3	50,0	136	46,7	106	48,0	135	55,3	128	58,2
Guyane																
<i>p</i> *	<0,0001		0,0019			0,85	0,23			<0,0001		<0,0001		<0,0001		<0,0001
Intention de faire un dépistage du VIH³⁾	5 536	68,3	972	78,2	18	69,2	128	66,7	1 269	68,4	902	61,2	1 284	69,6	626	64,3
Île-de-France	2 934	69,6	655	78,3	15	71,4	51	68,9	642	70,3	493	61,5	611	71,7	294	62,6
Paca	922	65,5	105	81,4	0	0,0	46	70,8	226	63,5	156	58,0	235	70,6	90	60,0
Rhône-Alpes	879	66,8	205	77,4	2	66,7	26	56,5	198	67,3	98	60,5	251	65,0	64	62,7
Guyane	801	68,6	7	58,3	1	100,0	5	71,4	203	69,3	155	64,3	187	68,0	178	70,6
<i>p</i> *	0,022		0,31			0,65	0,41			0,12		0,53		0,11		0,096
Résultat TROD positif	48	0,55	17	1,34	5	19,20	0	0,00	3	0,15	8	0,49	7	0,36	7	0,66
Île-de-France	38	0,84	15	1,18	4	15,38	0	0,00	2	0,10	6	0,37	4	0,21	6	0,57
Paca	3	0,20	1	0,08	1	3,85	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,05	0	0,00
Rhône-Alpes	3	0,22	1	0,08	0	0,00	0	0,00	1	0,05	0	0,00	0	0,00	1	0,09
Guyane	4	0,31	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,12	2	0,10	0	0,00
<i>p</i> *	0,0022		0,35			0,42	-			0,63		0,46		0,42		0,18

HSH : hommes ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels avec des hommes dans les 12 derniers mois précédant l'opération Flash Test ; UDI : hommes hétérosexuels ou femmes ayant déclaré avoir consommé des drogues par voie injectable dans les 5 ans précédant l'opération Flash Test ; TROD : Test rapide d'orientation diagnostique ; Paca : Provence-Alpes-Côte d'Azur.

¹⁾ Total des participants, y compris ceux non-classables parmi les 7 catégories d'exposition.

²⁾ NI HSH ni transgenre.

³⁾ Non UDI.

⁴⁾ Les variables « Test de dépistage VIH au cours de la vie », « Test de dépistage VIH récent » et « Intention de faire un dépistage du VIH » n'étaient pas renseignées pour respectivement 249, 1 170 et 608 personnes.

* Les valeurs de *p* inférieures à 0,05 sont signalées en caractères gras.

Concernant le recours au dépistage, 65% des personnes ayant découvert leur séropositivité avaient déjà réalisé un test de dépistage du VIH. Pour 42% des personnes testées positives, le recours au test était récent. Plus des trois quarts (77%) avaient l'intention de faire un test avant de rencontrer le dispositif Flash Test.

Différences entre régions

La proportion de personnes nées à l'étranger variait de 25% en Rhône-Alpes à 47% en Guyane. Elles étaient principalement originaires d'Afrique subsaharienne pour les participants d'Île-de-France (38%) et de Rhône-Alpes (47%), d'Afrique du Nord (44%) pour les participants de Paca, d'Amérique du Sud (66%, principalement du Suriname et du Brésil) et des Caraïbes (24%, principalement d'Haïti) pour les participants de Guyane.

Concernant les catégories d'exposition, les HSH représentaient 1% de la population dépistée en Guyane, alors que cette proportion variait entre 9% et 20% en métropole (tableau 1). Les personnes transgenres ont été testées principalement en Île-de-France (21 sur 26).

Le recours au dépistage était plus important en Guyane que dans les autres régions, aussi bien pour la réalisation d'un test au cours de la vie (73%) que d'un test récent (51%, voir tableau 2).

Le taux de découverte de séropositivité était plus important en Île-de-France (0,84%) que dans les autres régions (0,20% en Paca, 0,22% en Rhône-Alpes et 0,31% en Guyane, voir tableau 2).

Discussion

Notre analyse porte sur 8 713 personnes dépistées pour le VIH lors de la semaine Flash Test 2013 en Île-de-France, Paca, Rhône-Alpes et Guyane. Avec l'expérience de l'opération Flash Test menée par le Sidaction en 2012, un grand nombre d'associations et structures de dépistage mobilisées et une large communication, la région Île-de-France représente plus de la moitié de l'échantillon décrit dans cette analyse et influence donc fortement les résultats.

Pour interpréter les résultats concernant les participants de Flash Test 2013, nous présentons des résultats de dispositifs de dépistage ou études en population qui permettent de comparer les indicateurs de ciblage sur les populations les plus exposées, de fréquence de recours au dépistage et de taux de positivité dans Flash Test par rapport aux populations testées « en routine » en France.

Concernant le ciblage sur les populations les plus exposées, nous avons comparé Flash Test avec les actions de dépistage communautaires par TROD portées par des associations³, dans le cadre de deux appels à projets de la DGS et de l'assurance maladie entre 2011 et 2013 (voir l'article de F. Cazein et coll. dans ce numéro). En 2013, ces actions ont permis de réaliser 56 500 tests rapides concernant pour 30%

des HSH, pour 27% des personnes d'origine étrangère, pour 5% des UDI, pour 2% des personnes se prostituant et pour 36% d'autres publics. Avec 15% d'HSH, 2,4% d'UDI et 33% d'hétérosexuels nés à l'étranger, l'opération Flash Test en 2013 semble avoir touché une proportion comparable de personnes d'origine étrangère, mais moins d'HSH et d'UDI que dans les actions de dépistage communautaire réalisées en 2013.

Concernant le recours au dépistage, les personnes touchées par les actions de dépistage communautaires portées par des associations avaient plus souvent été dépistées au cours de la vie (70%), mais moins souvent depuis moins d'un an (30%) que les participants de Flash Test 2013 (respectivement, 64% et 38%). L'Enquête presse gays et lesbiennes 2011 permet de situer le niveau de recours au dépistage de 8 625 hommes ayant des relations avec des hommes et interrogés via la presse et Internet^{7,8}. Parmi eux, 86% avaient déjà eu un test de dépistage du VIH au cours de la vie et 54% avaient été testés dans les 12 derniers mois. Comparativement, lors de la semaine Flash Test, les HSH étaient moins nombreux à avoir déjà fait un dépistage du VIH (80%), mais plus nombreux à avoir fait un test récent (61%).

Concernant le taux de séropositivité, le taux observé lors de la semaine Flash Test (0,55%) est inférieur au taux de découvertes de séropositivité dans les actions de dépistage communautaires portées par des associations (0,69%)³, mais avec des taux spécifiques par catégorie d'exposition qui sont équivalents (HSH : 1,43% et migrants : 0,57% *versus* 1,34% et 0,56% dans Flash Test)⁽¹⁾. En revanche, le taux retrouvé pour Flash Test est globalement comparable au taux retrouvé en 2012 dans l'ensemble des CDAG des quatre régions où se situait la semaine Flash Test 2013 (0,47%). Plus particulièrement, en le comparant avec le taux retrouvé dans les CDAG des mêmes régions, le taux de positivité pour Flash Test 2013 était plus élevé en Île-de-France (0,84% vs. 0,53%), similaire en Rhône-Alpes (0,22% vs. 0,23%), inférieur en Paca (0,20% vs. 0,31%) et nettement inférieur en Guyane (0,31% vs. 1,27%).

L'interprétation de ces comparaisons est limitée par les différences de structure des échantillons, que ce soit en fonction de l'âge, des types de population ou des régions. Elles semblent nous indiquer néanmoins que la semaine Flash Test en 2013 a eu un impact limité quant aux objectifs fixés. Par rapport aux actions de dépistage communautaire maintenant établies, l'intervention a relativement moins touché les populations particulièrement exposées au VIH et ses participants

⁽¹⁾ Le rapport sur les actions de dépistage communautaires portées par des associations³ indique que, globalement, 80% des personnes retrouvées positives correspondaient à des découvertes de séropositivité, mais il n'indique pas les taux de découvertes de séropositivité par catégorie d'exposition. Nous avons fait l'hypothèse que ce taux global de 80% de découvertes parmi les résultats positifs s'appliquait à chaque catégorie d'exposition.

avaient un niveau de recours récent au dépistage plus élevé que dans les autres dispositifs. Enfin, la capacité à dépister des personnes séropositives était similaire à celle du dispositif des CDAG/Ciddist, voire plus basse pour la Guyane. L'organisation de la semaine Flash Test n'a pas permis de mesurer le stade de l'infection chez les personnes détectées positives, ni si elles avaient bénéficié d'une prise en charge, ce qui limite l'évaluation du bénéfice des dépistages.

L'intervention Flash Test consistait à mobiliser des structures de santé offrant un dépistage du VIH en pratique courante, ainsi que des associations de prévention et de lutte contre le VIH, dans des lieux et à des plages horaires spécifiques à cette semaine d'actions, avec une majorité d'actions « hors les murs ». L'activité de dépistage décrite dans notre analyse résulte donc à la fois, et sans que nous puissions les distinguer, d'une pratique de routine et d'une mobilisation particulière. En effet, il n'avait pas été prévu, lors de l'opération, de collecter la typologie des interventions de façon standardisée, si bien que nous ne pouvons pas décrire la population atteinte selon le type de structures ou d'actions.

Avec environ 9 000 personnes testées, la prévision initiale de participation à l'opération Flash Test 2013 a largement été dépassée. Pour l'ensemble des régions, l'objectif était de 5 400 dépistages, dont 2 500 tests prévus en Île-de-France, alors que près du double a été réalisé. Ceci nous indique que l'apport de l'opération est au moins quantitatif en termes de nombre de tests réalisés. Cette fréquentation importante par rapport aux prévisions des structures associatives ou de soins impliquées dans l'opération est certainement due à la large communication généraliste, affiches, presse ou Internet qui a précédé la semaine.

Conclusion

L'opération Flash Test a probablement constitué un apport en termes de mobilisation des acteurs du dépistage et de visibilité auprès du public du dépistage du VIH et des tests rapides en particulier, mais l'analyse des caractéristiques des participants ne permet pas de distinguer le bénéfice de ce modèle d'intervention en termes épidémiologiques par rapport au dispositif de dépistage existant. ■

Remerciements

Les auteurs remercient A. Sarr, T. Troussier, L. Caté, B. Faliu (DGS), L. Bluzat (Inpes), F. Orsini (CnamTS), F. Lacapère, D. Le Bourhis, S. Thery (ARS Guyane), C. Julien, J.F. Simatis,

P. Pourtau (ARS Rhône-Alpes), S. Karon, M.F. D'Acremont, J.M. Pascal (ARS Île-de-France), C. Magen, J. Moretti, H. Riff (ARS Paca), C. Semaille, F. Lot, F. Cazein, V. Bufkens, M. Leclerc, B. Basselier, L. Benyelles, C. Da Costa, C. Brouard, C. Pioche (InVS).

Références

- [1] Haute Autorité de santé. Dépistage de l'infection par le VIH en France. Stratégies et dispositif de dépistage : Argumentaire. Saint-Denis: HAS; 2009. 235 p. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/argumentaire_depistage_vih_volet_2_vfv_2009-10-21_16-49-13_375.pdf
- [2] Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014. Paris: Ministère de la Santé et des Sports; 2010. 266 p. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf
- [3] Direction générale de la santé. Soutien aux activités de dépistage communautaire de l'infection à VIH par Tests Rapides d'Orientation Diagnostique. Bilan d'activité 2012. Paris: Ministère des Affaires sociales et de la Santé; 2013. 7 p. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bilan_d_activite_2012_VIH_TROD.pdf
- [4] Champenois K, Le Gall JM, Jacquemin C, Jean S, Martin C, Rios L, *et al.* ANRS-COM*TEST: description of a community-based HIV testing intervention in non-medical settings for men who have sex with men. *BMJ Open*. 2012;2(2):e000693. <http://bmjopen.bmj.com/content/2/2/e000693.long>
- [5] Direction générale de la santé. Eléments de langage. Semaine expérimentale du dépistage rapide du VIH « Flash test » 23 au 29 septembre 2013. Paris: Ministère des Affaires sociales et de la Santé; 2013. 5 p. http://www.corevih-lvdr.com/newsletter/n12/bilanflashtest_25novembre2013.pdf
- [6] Atramont A, Le Vu S. Analyse du public touché par l'expérimentation Flash-Test 2013. Une semaine de dépistage du VIH dans quatre régions françaises. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2013. 44 p. <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2014/Analyse-du-public-touche-par-l-experimentation-Flash-Test-2013>
- [7] Velter A, Saboni L, Le Vu S, Semaille C. Dépistage VIH de plus d'un an chez les HSH – enseignements de l'Enquête presse gays et lesbiennes 2011. Poster. 7^e Conférence internationale francophone – VIH/Hépatites, Afraviih 2014; 27-30 avril 2014, Montpellier. http://www.professionalabstracts.com/afraviih2014/planner/index.php?go=abstract&action=abstract_show&absno=1112&AFRAVIH2014=u0ceh6r74mqo8k6jj9o3dmij9rb3tvg
- [8] Velter A, Saboni L, Bouyssou A, Semaille C. Comportements sexuels entre hommes à l'ère de la prévention combinée. Résultats de l'Enquête presse gays et lesbiennes 2011. *Bull Epidémiol Hebd*. 2013;(39-40):510-6. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=11833

Citer cet article

Atramont A, Le Vu S. Analyse du public touché lors de l'opération Flash Test 2013 de dépistage rapide du VIH dans quatre régions françaises. *Bull Epidémiol Hebd*. 2014;(31-32):548-53. http://www.invs.sante.fr/beh/2014/32-33/2014_32-33_3.html

« LE 190 », UN CENTRE DE SANTÉ SEXUELLE À PARIS POUR LES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES

// « LE 190 », A SEXUAL HEALTH CENTRE IN PARIS (FRANCE) FOR MEN WHO HAVE SEX WITH MEN

Soraya Belgherbi, France Lert (france.lert@inserm.fr)

Inserm, Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations, UMR 1018, Villejuif, France

Mots-clés : Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, Santé sexuelle, Offre de soins
// Keywords: Men who have sex with men, Sexual health, Health care provision

La création de centres de santé sexuelle figure dans le Plan gouvernemental 2010-2014 de lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles (IST)¹, mais peu ont encore vu le jour, la dénomination santé sexuelle restant encore à investir de contenus concrets.

« Le 190 » a été créé par l'association Sida Info Service en 2010 à Paris pour proposer une réponse en termes de santé sexuelle aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). Il revendique une approche communautaire de la prévention et du soin centrée sur les besoins actuels des HSH, mais se veut aussi ouvert à tous ceux et celles qui souhaitent aborder librement le sujet de leur sexualité. Prenant acte des formes actuelles de la sexualité entre hommes, du haut niveau d'exposition aux IST, de l'érosion des comportements préventifs^{2,3} et de la persistance d'une incidence élevée des nouvelles infections par le VIH, la démarche exploite les potentialités du répertoire médical pour concrétiser « une prévention par le soin ». Fin 2013, « Le 190 » comptait huit médecins, dont un dermatologue et un psychiatre, un psychologue, trois infirmiers et deux secrétaires.

Un exercice exploratoire d'évaluation, visant à apporter des éléments descriptifs de l'activité du « 190 » et à dessiner des pistes pour son évolution, a été initié. Il s'agissait notamment d'apprécier si l'activité du centre correspond à son programme et de préciser le contenu concret et spécifique de la notion de centre de santé sexuelle s'adressant spécifiquement aux HSH. Les principaux résultats en sont présentés ici⁴.

Une activité équilibrée entre soins VIH et prévention-dépistage des IST

Depuis l'ouverture, l'activité s'est déployée avec une augmentation des nouveaux consultants alimentée par un flux constant de personnes séropositives (environ 200 par an) et par un flux croissant de personnes séronégatives, dont le nombre a augmenté de 464 à 621 nouveaux usagers entre 2010 et 2012 (figure).

Un dossier médical informatisé, unique et exhaustif pour chaque usager, a été mis en place à la création du centre. Il est renseigné pendant les soins.

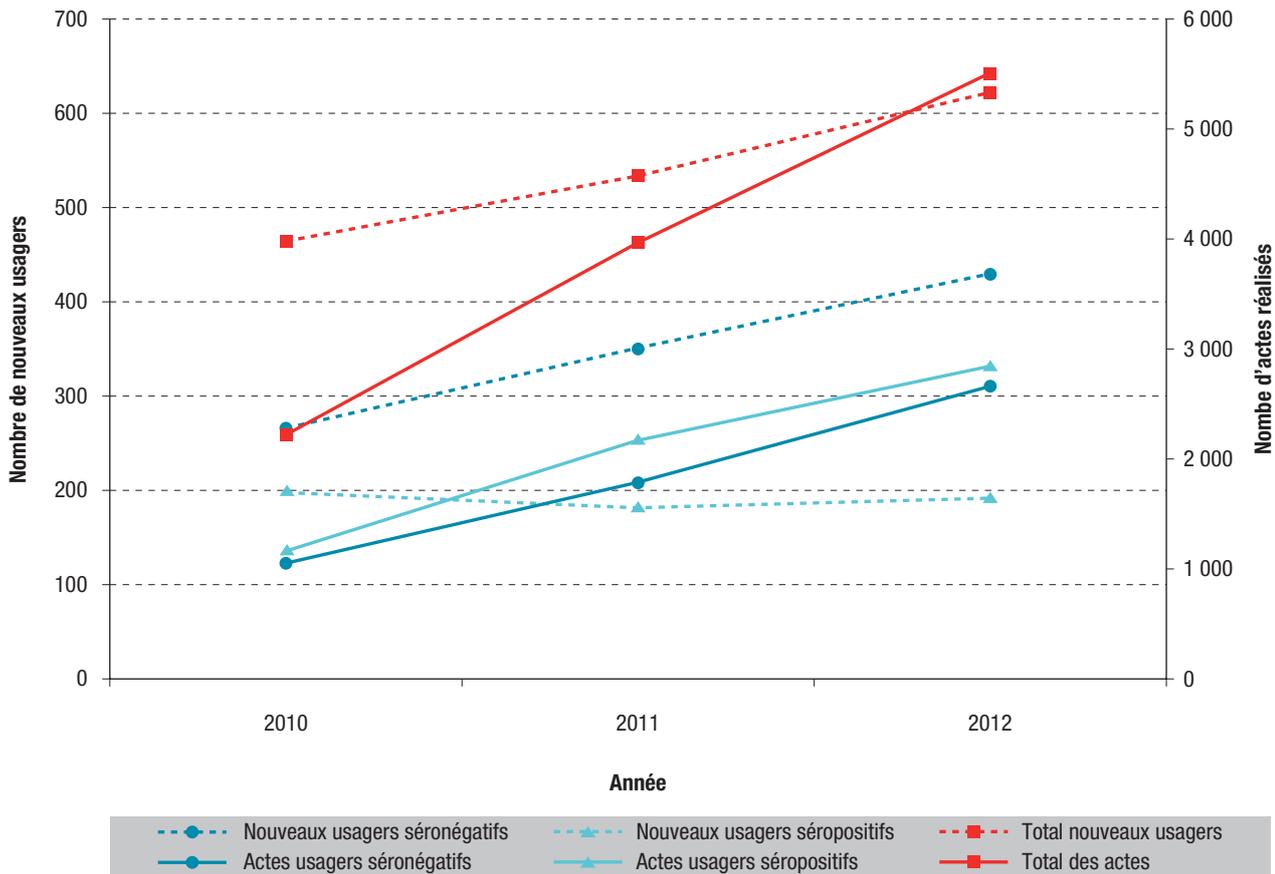
Les informations saisies, textuelles ou codifiées, permettent le suivi individuel et une information systématique sur l'activité. Pour homogénéiser et exploiter les informations, une révision détaillée des dossiers a été réalisée sur un échantillon. Celui-ci était composé des consultants venus pendant le mois d'octobre 2012. Les données utilisées comportaient les caractéristiques démographiques des usagers, l'historique de leurs soins au centre, leurs comportements et pratiques sexuelles, les actes réalisés (consultations médicales, actes infirmiers, conseil, prise en charge psychologique), les motifs de recours et diagnostics associés codés en CIM-10 (Classification internationale des maladies – 10^e révision). Les usagers ont été informés par affichage de la réalisation de l'étude et de leur possibilité de s'y opposer. La base de données a été anonymisée.

L'échantillon comportait 288 usagers : 122 séronégatifs et 166 séropositifs pour le VIH. La moitié avait fréquenté « Le 190 » avant 2012 et 8 venaient pour la première fois en octobre 2012. Ces usagers étaient jeunes (âge médian : 33 ans pour les séronégatifs et 38,5 ans pour les séropositifs) et majoritairement des hommes (6,1% de femmes, 1,8% de personnes transgenres). Ils avaient été orientés vers « Le 190 » par les associations (26%), des proches (26%), les services de santé (17%) ou suite à une recherche sur Internet (17%) ; 14% des dossiers n'étaient pas renseignés sur ce point. Lors du premier contact, la demande de dépistage IST ou VIH et la consultation pour une maladie liée au VIH représentaient chacune 29,9% des motifs spontanément déclarés, tandis que 16,7% consultaient pour des symptômes et 4,9% recherchaient des conseils sur la sexualité (16,7% de dossiers non renseignés).

Depuis leur première venue, tous les usagers ont eu des consultations médicales, 84% ont bénéficié d'actes infirmiers, 25% ont consulté le dermatologue et 19% ont consulté le psychologue. Parmi les usagers séropositifs, 77% (128/166) étaient suivis pour leur infection à VIH au centre et 90 y recevaient un traitement antirétroviral, initiés au centre pour 42.

Un « check-up sexuel », consistant en un dépistage systématique des IST par des prélèvements de sang, d'urine ou au niveau de muqueuses (bouche et anus)

Nouveaux usagers et nombre d'actes du centre « Le 190 » à Paris (France), selon le statut sérologique des usagers et l'année



afin de dépister au mieux les infections asymptomatiques, est au cœur du programme de « prévention par le soin » mis en avant par l'équipe du « 190 ». Parmi les usagers non infectés, 44% ont eu au moins un check-up sexuel et 10% parmi les usagers séropositifs. Le taux d'IST découvertes lors de ce check-up (acte de dépistage) est logiquement plus bas que pour les consultations IST (acte de diagnostic) : respectivement 6,5% et 28,0% chez les usagers séronégatifs et 15,6% et 33,3% chez les usagers séropositifs.

Une réponse rapide aux personnes nouvellement diagnostiquées

Pour évaluer la capacité du centre à prendre en charge rapidement les personnes nouvellement diagnostiquées, une enquête rapide a été mise en place en août et septembre 2013. En effet, les personnes non diagnostiquées, en particulier en stade de primo-infection, sont considérées comme un des vecteurs majeur de la dissémination de l'infection VIH, notamment dans la population HSH, en raison d'un mode de vie marqué par un nombre élevé de partenaires et des relations concomitantes⁵⁻⁷. Les médecins ont documenté des fiches individuelles pour les personnes avec un nouveau diagnostic d'infection VIH, diagnostic fait sur place ou première visite médicale après un diagnostic réalisé ailleurs. Au cours de cette période de deux mois, 18 hommes ont consulté suite à un test positif pour le VIH et 1 pour le VHC. Ils avaient de 22 à 55 ans (âge médian : 30 ans).

À l'exception du diagnostic d'hépatite C, ces hommes n'avaient pas fréquenté antérieurement le centre. Leur traitement a débuté dans un délai médian de 4 jours après leur première venue.

Le sujet présentant une infection VHC au stade aigu était suivi en addictologie au centre, régulièrement testé en raison d'une pratique d'injection (*slam*). La séroconversion VHC a été suivie un mois plus tard par une primo-infection VIH.

Le point de vue des usagers

Une petite enquête qualitative par entretiens a été menée en juillet 2013 auprès de 12 hommes de 18 à 50 ans, répartis de façon équilibrée entre usagers séropositifs et séronégatifs et entre moins et plus de 35 ans, pour appréhender leur perception de l'offre de soins du « 190 ».

Les usagers interrogés mettaient en avant la liberté de parole sur la sexualité, l'attitude de non jugement, la compétence professionnelle de l'équipe et la qualité de l'accueil. Pour les hommes séropositifs, la petite structure du « 190 » accordait davantage d'attention aux besoins individuels, par rapport à l'hôpital.

L'offre d'un dépistage complet et sa répétition régulière étaient appréciées très positivement et concrétisaient une dimension préventive nouvelle et globale que les usagers se sont bien appropriée, notamment les hommes séronégatifs. L'offre du « 190 » a été jugée comme étant à la fois plus complète, plus experte

et plus personnalisée que celle des autres services médicaux existants ou que celle des offres associatives, plus limitées. Enfin, si la plupart disaient bien connaître les risques, les échanges au cours des consultations étaient pour eux l'occasion d'« éclaircissements », de précisions liées au caractère particulier de certaines pratiques, parfois de remises en question.

Discussion - perspectives

Les résultats présentés appellent certaines précautions d'interprétation. En effet, l'information utilisée porte sur les usagers du centre et, logiquement, sur ceux qui y viennent régulièrement parce qu'ils y trouvent une réponse adaptée à leurs besoins, ce qui est constitutif d'un biais « favorable ». Seule une large étude comparant les clientèles des structures parisiennes entre elles permettrait de caractériser les profils des usagers fréquentant chacune d'elles et de faire apparaître ainsi le profil et les attentes spécifiques de ceux du « 190 ».

La montée en charge rapide et soutenue de l'activité et la distribution équilibrée entre personnes infectées ou non par le VIH indiquent que le centre a réussi son implantation dans le paysage de prise en charge des IST en région parisienne.

L'approche médicalisée de la prévention reposant sur le dépistage et le traitement des IST par le « check-up sexuel » rencontre la demande des hommes non infectés par le VIH.

Le discours des usagers positionne « Le 190 » comme un service de médecine pour les HSH se différenciant à la fois de l'existant associatif, qui n'offre généralement qu'un service médical limité à certains actes, et de la médecine courante, jugée trop éloignée des pratiques pour être efficace, et parfois moralisatrice. Les entretiens soulignent avant tout le besoin d'une médecine spécifiquement compétente sur les questions de santé des HSH en matière de sexualité.

À l'issue de ces travaux exploratoires, certaines pistes d'amélioration se dessinent pour « Le 190 » :

- conserver une équipe de masse critique suffisante, basée sur la complémentarité et la multidisciplinarité des services offerts, mais sans en étendre beaucoup plus la taille afin de maintenir, d'une part, la cohésion de l'équipe autour d'une approche commune de la santé sexuelle et, d'autre part, la flexibilité du mode de fonctionnement et l'attention aux usagers ;
- mettre en place un dispositif invitant à une répétition systématique du check-up sexuel, par exemple par messagerie ou SMS, tant pour les hommes séropositifs, qui ont une fréquentation

régulière du centre mais restent moins sollicités pour le dépistage des IST, que pour les hommes non infectés ;

- utiliser le dossier médical informatisé comme source d'informations pour l'évaluation, en systématisant sa documentation de façon plus rigoureuse, mais sur un champ plus réduit, afin de ne pas empiéter sur le temps dédié au consultant ;
- réaliser une étude d'incidence de la population des usagers par la mise en place d'une cohorte suivie pendant un an et confronter l'incidence observée aux résultats des études de surveillance menées par l'Institut de veille sanitaire (InVS). ■

Remerciements

Les auteurs remercient l'équipe du « 190 » pour son accueil et sa disponibilité.

Références

[1] Plan national de lutte contre le VIH et les IST 2010-2014. Paris: Ministère de la Santé et des Sports; 2010. 266 p. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf

[2] Janiec J, Haar K, Spiteri G, Likatavicius G, Van de Laar M, Amato-Gauci AJ. Surveillance of human immunodeficiency virus suggests that younger men who have sex with men are at higher risk of infection, European Union, 2003 to 2012. *Euro Surveill.* 2013;18(48):20644. <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20644>

[3] Velter A, Saboni L, Bouyssou A, Semaille C. Comportements sexuels entre hommes à l'ère de la prévention combinée. Résultats de l'Enquête presse gays et lesbiennes 2011. *Bull Epidémiol Hebd.* 2013;(39-40):510-6. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=11833

[4] Belgherbi S, Lert F. Le 190. Un centre de santé sexuelle pour les hommes séropositifs et séronégatifs pour le VIH ayant des rapports sexuels entre hommes. Une approche évaluative : usagers, activités, résultats. Villejuif: Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations, Inserm U1018, 2013. 87 p.

[5] Brenner BG, Roger M, Routy JP, Moisi D, Ntemgwa M, Matte C, *et al*; Quebec Primary HIV Infection Study Group. High rates of forward transmission events after acute/early HIV-1 infection. *J Infect Dis.* 2007;195(7):951-9.

[6] Wilson DP, Hoare A, Regan DG, Law MG. Importance of promoting HIV testing for preventing secondary transmissions: modelling the Australian HIV epidemic among men who have sex with men. *Sex Health.* 2009;6(1):19-33.

[7] Frange P, Meyer L, Deveau C, Tran L, Goujard C, Ghosn J, *et al*; French ANRS CO6 PRIMO Cohort Study Group. Recent HIV-1 infection contributes to the viral diffusion over the French territory with a recent increasing frequency. *PLoS One.* 2012;7(2):e31695.

Citer cet article

Belgherbi S, Lert F. « Le 190 », un centre de santé sexuelle à Paris pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. *Bull Epidémiol Hebd.* 2014;(32-33):554-6. http://www.invs.sante.fr/beh/2014/32-33/2014_32-33_4.html