

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 2005 : à chaque population sa stratégie

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

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



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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

### 2011 : année consacrée à l'incitation au dépistage

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

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

## Références

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

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