

Résoudre le problème du diagnostic tardif du VIH dans le Kent, à Medway et en Picardie:

Évaluation des interventions du projet anglo-français IMPRESS Health 2
(Interreg IVA Channel Programme) no 4282.



AUTEURS:

Stephen J. O'Connor
Sharon Manship
Wendy Jeffreys
Mun-Yee Tung

Lesley Navaratne
Rajesh Hembrom
Faiza Khan
Martine Famechon

Hélène Trouillet
Frédéric Lancel
Philippe Lorenzo
Jean-Luc Schmit

MAI 2015

IMPRESS Health 2 was selected under the European Cross-Border Cooperation Programme
INTERREG IVA France (Channel) – England, co-funded by the ERDF



Résoudre le problème du diagnostic tardif du VIH dans le Kent, à Medway et en Picardie : Évaluation des interventions du projet anglo-français IMPRESS Health 2 (Interreg IVA Channel Programme) no 4282.

Auteurs :

Stephen J. O'Connor

Sharon Manship

Wendy Jeffreys

Mun-Yee Tung

Lesley Navaratne

Rajesh Hembrom

Faiza Khan

Frédéric Lancel

Martine Famechon

Hélène Trouillet

Philippe Lorenzo

Jean-Luc Schmit

Mai 2015

Remerciements

Les auteurs de ce rapport tiennent à exprimer leur gratitude envers les personnes suivantes pour la contribution précieuse qu'ils ont apportée au projet et/ou à la conférence de clôture qui s'est tenue à Canterbury le 25 mars 2015 ainsi qu'à tous ceux qui ont apporté leur soutien en filigrane, notamment pour les aspects administratifs et de gouvernance essentiels :

Xanthia Ash	Nathalie Landgraf
Agatha Benyera-Mararike	Tony Lavender
Susan Bird	Myriam Lombard
Valérie Boismartel	Marie Madeleine Theatre Company
Alice Chapman-Hatchett	Brenda Mann
Francois Cordier	Anne Martin
Valerie Costenoble	Francesca Masson
Astrid Debuysscher	Janet Merza
Carmela Di Somma	Tom Molloy
Andrew Evans	Anthony Nardone
Maura Flynn	Annabelle van Nieuwenhuyse
Graham Gibbens	Jean Jacques Pik
Raphael Grossot,	Karen Pilgrim
Ruta Halter	Royal Destiny Singers
Matt Hart	Annmarie Ruston
Ruth Herron	Heather Scott
Jacqueline Holland	Olivia Son
David Hornsby	Debra Teasdale
Rita Joseph	Fiona Tudor
Sarah Keeling-Smith	Barbara Vonau
Pierre-Olivier Le Clanche	Marika Wiebe-Williams
Christof Kreutz	Jenny Witherden
	Samantha Wood

Nous aimerions également saluer les organisations suivantes pour leur soutien, leur aide et leur apport inestimables pendant ce projet :



Les auteurs aimeraient remercier tout spécialement les patients, les utilisateurs de service et les professionnels des soins de santé qui ont été interviewés des deux côtés de la Manche qui pour des raisons évidentes doivent rester anonymes, mais dont la contribution au projet fut essentielle. Sans eux, ce projet n'aurait pas vu le jour.

Sommaire

1.0 Introduction à l'étude : la menace que pose le VIH/SIDA pour le public	4
1.1 La situation en France et au Royaume-Uni en termes de prévalence et de dépistage du VIH	5
1.2 La situation dans le Kent et à Medway	6
1.3 La situation en Picardie	7
1.4 Objectifs et portée de l'étude IMPRESS Health 2	8
2.0 Revue de littérature	9
2.1 Bases de données et termes de recherche pour la revue de littérature	9
2.2 Critères de sélection et articles sélectionnés pour la revue	10
2.3 Principaux résultats de la revue de littérature	11
2.3.1 Facteurs démographiques	14
2.3.2 Évaluation des risques individuelle	15
2.3.3 Peurs, préoccupations et barrières émotionnelles au dépistage	16
2.3.4 Perceptions sur les avantages d'un diagnostic et d'un traitement efficace	16
2.3.5 Préoccupations relatives aux stigmates et aux stéréotypes	17
2.3.6 Problèmes spécifiques des populations d'immigrants	17
2.3.7 Barrières structurelles et systémiques au dépistage	18
3.0 Recommandations suite de l'étude de phase 1	19
3.1 Domaines clés d'action identifiés par le document SWD(2014)106 de l'Union européenne	20
3.2 Politiques, directives, participation de la société civile, du public au sens large et des parties prenantes	21
3.3 Prévention du VIH	21
3.4 Groupes prioritaires pour l'intervention	22
3.5 Amélioration des connaissances	22
4.0 Justification des interventions mises en place pendant la phase 2 de l'étude	22
4.1 Raisons pour les variations locales dans les interventions	23
5.0 Campagne itinérante de dépistage du VIH dans le Kent et le Medway	27
5.1 Résultat de deux visites à Maidstone (Kent)	30
5.2 Résultat des visites à Chatham (Medway)	30
5.3 Résultat des visites à Ashford (Kent)	30
5.4 Résultat des visites à Folkestone et à Douvres (Kent)	31
5.5 Résultat des visites à Dartford (Kent)	31
5.6 Résultat des visites à Canterbury (Kent)	32
5.7 Résultat des visites à Sevenoaks (Kent)	32
5.8 Raisons de la participation du public à la clinique de dépistage du VIH	32
5.9 Évaluation des résultats de la campagne de dépistage du VIH dans le Kent et le Medway	35
5.10 Impact de la campagne de dépistage effectuée à Maidstone et dans le Tunbridge Wells NHS Trust	36
5.11 Campagne itinérante de dépistage du VIH en Picardie	36
6.0 Campagne sur les médias sociaux	39
6.1 Pages Web des partenaires IMPRESS	39
6.2 Pages Facebook des partenaires IMPRESS	40
6.3 Comptes Twitter des partenaires IMPRESS	40
6.4 Campagnes radio des partenaires du projet	43
6.5 Campagnes dans la presse écrite gérée par les partenaires du projet	43
6.6 Action politique	45
7.0 Éducation et sensibilisation parmi les professionnels de la santé	46
8.0 Activités culturelles avec le groupe communautés noires africaines/minorités ethniques	50
9. Impact des interventions sur les taux de dépistage du VIH dans les deux pays	56
9.1 Impact des interventions de dépistage VIH sur les services NHS dans le Kent et le Medway	56
9.2 Impact des interventions sur les dépistages du VIH effectués en France	57
9.3 Impact des interventions effectuées par les hôpitaux généraux à Amiens et Creil	58
10.0 Retour d'information projet par projet de la part des partenaires et des parties prenantes	62
11.0 Conclusions et recommandations	68
12.0 Références	72

1.0 Introduction à l'étude : la menace que pose le VIH/SIDA pour le public

Selon l'Organisation mondiale de la santé et la Communauté européenne, environ 2,3 millions de personnes vivaient avec le VIH en Europe, à la fin 2010. On déclare plus de 131 000 nouvelles infections en Europe et en Asie centrale en 2012 dont 29 000 dans l'Union européenne (EC Europa, 2014; WHO, 2011). Le VIH a donc été identifié comme une menace grave pour la santé et le bien-être des citoyens européens (European Communities, Major and Chronic Diseases Report, 2008). Les personnes affectées peuvent rencontrer de nombreux problèmes de santé qui peuvent potentiellement mettre leur vie en danger tandis que leurs partenaires, les membres de la famille et les proches qui composent leur cercle social risquent également de partager le coût émotionnel et social du diagnostic. Sans traitement, le VIH peut aboutir au développement du syndrome d'immuno-déficience acquise ou SIDA (Chadborn, 2006; Castilla et al., 2002). Étant donné qu'il n'existe pas de remède à l'une ou l'autre des maladies, la prévention, le dépistage et le diagnostic précoce de ces maladies sont vitaux pour contrôler sa transmission et fournir un traitement à base de médicaments antirétroviraux. Cependant, malgré l'efficacité des traitements disponibles à l'heure actuelle, le nombre de personnes infectées par le VIH ne cesse d'augmenter en Europe, et en particulier, dans certains sous-groupes de population à risque tels que les hommes qui ont des relations sexuelles avec les hommes (HSH), les utilisateurs de drogue par injection et les immigrants venant des pays où le virus est prévalent. La prévalence du VIH dans les groupes à risque non traditionnels, ce qui inclut les hétérosexuels et al. groupes, augmente également (Mignone et al., 2014; Camoni et al., 2013; Almasi-Nokiani, 2010). Cela est dû principalement au manque de connaissances et de compréhension des risques d'infection parmi les membres plus âgés des groupes à faible prévalence telles que les femmes hétérosexuelles d'âge mûr et les hétérosexuels de tout âge qui ont des relations sexuelles non protégées avec plusieurs partenaires, comme le montre des études réalisées en Amérique du Nord et en Europe (O'Connor et al., 2014a; 2014b; Ross et al., 2013; Zoufaly et al., 2012; Ndiaye et al., 2011; Albarracin and Durantini, 2010; Kivelä et al., 2010). Ces résultats plaident en faveur d'une sensibilisation accrue et d'une promotion d'un dépistage du VIH ciblé vers les groupes difficilement accessibles par opposition aux programmes de dépistage volontaire recommandés par les groupes tels que le US Centers for Disease Control and Prevention, et en particulier parmi les membres plus âgés de la population et les immigrants actifs sexuellement qui risquent de se présenter tardivement au test et dont les réseaux de soins et sociaux réduits ne permettent de lutter contre la maladie et ses impacts (Mignone et al., 2014; Almasi-Nokiani, 2010).

Le VIH se propage principalement par contact avec le sang, le sperme, les sécrétions rectales, vaginales et cervicales et moins communément le lait maternel, bien que les risques de transmission concernant chacun de ces fluides corporels varient selon les études comparatives (Milligan and Overbaugh, 2015; Paz-Bailey et al., 2014; Cu-Uvin et al., 2006; Kim et al., 2006; Rousseau et al., 2003; Levy 1993; Ilaria et al., 1992; Pudney et al., 1992). Alors que le VIH peut être détecté dans la salive, les études montrent qu'au moins 10 composants du fluide corporel inhibe l'infection de nouvelles cellules par le VIH à moins que le sang ne soit présent, comme c'est le cas avec les maladies périodentales ou les inflammations gingivales graves pour lesquelles un certain degré de risque subsiste (Luizzi et al., 1996; Shugars et al., 1998). Les autres fluides corporels que l'on estime poser un risque incluent le liquide amniotique et cérébrospinal, les exsudats de brûlures ou de lésions cutanées, les fluides péricardiaux, péritonéaux, pleuraux et synoviaux ainsi que les tissus ou organes humains non fixés, bien que le contact avec ces fluides et organes est peu probable et concerne principalement les professionnels de la santé plutôt que le grand public (Department of Health Chief Medical Officers' Expert Advisory Group on AIDS, 2008). En conséquence, les principales voies de transmission du VIH sont généralement les relations sexuelles rectales ou vaginales, les aiguilles contaminées, les transfusions accidentelles avec des produits sanguins ou du sang infectés, l'allaitement par une femme porteuse du VIH ou la transmission périnatale. LE VIH/SIDA est souvent accompagné d'infections opportunistes ou d'états indiquant la présence du virus. Ces maladies incluent la tuberculose, la tuberculose aviaire complexe (MAC), l'hépatite C, le cytomégalovirus (CMV), la coccidioïdomycose, la salmonelle, l'histoplasmose, la cryptosporidiose, le zona, l'herpès, la toxoplasmose, la candidose, la méningite cryptococcale, la

pneumonie à *Pneumocystis carinii* (PCP) et le molluscum contagiosum. D'après le United States Centers for Disease Control and Prevention (2015), une contamination peut également entraîner une encéphalopathie HIV, un sarcome de Kaposi, un cancer cervical invasif et différents types de lymphomes chez les personnes infectées par le virus.

1.1 La situation en France et au Royaume-Uni en termes de prévalence et de dépistage du VIH

Le nombre de personnes qui vivent avec le VIH (Public Health England, 2013) au Royaume-Uni est passé à 98 400 à la fin 2012 avec 4477 diagnostics séropositifs chez les hommes et 1522 diagnostics séropositifs chez les femmes l'année suivante. La majorité de ces diagnostics concernent la région de Londres et le sud-est de l'Angleterre (Public Health England, 2014). Cependant, on estime au niveau national qu'au moins 20 % des personnes infectées par le virus n'avaient pas connaissance de leur état de séropositivité et risquaient donc d'infecter les autres. Le diagnostic tardif est un problème supplémentaire. 65 % des hommes hétérosexuels et 57 % des femmes hétérosexuelles séropositifs ont été diagnostiqués tardivement (avec un nombre de CD4 > 350 cellules/mm³ dans les 3 mois du diagnostic). De même, 66 % des noirs africains, 61 % des noires africaines, 66 % des caribéens et 47 % des caribéennes sont également diagnostiqués tardivement, ce qui est bien supérieur au chiffre de 44 % pour les femmes britanniques et 47 % pour les hommes britanniques (O'Connor et al., 2014a; 2014b; Public Health England, 2013). L'augmentation du taux d'infection par le VIH au Royaume-Uni est parmi les plus rapides en Europe avec une augmentation constante du nombre d'utilisateurs des services de thérapie antirétrovirale prodigués par le NHS et une croissance significative d'année en année du nombre d'individus recherchant un test HIV bien au-delà du point d'infection. Les diagnostics tardifs entraînent une augmentation significative des coûts médicaux pendant l'existence des sujets par rapport aux diagnostics précoces suivis de traitement (Krentz et al., 2004). Les coûts pour le NHS sont estimés à 758 millions de livres Sterling en 2013, avec une augmentation significative dépassant le milliard si l'on ajoute les coûts d'accompagnement médicaux-sociaux à l'équation (Mandalia et al., 2010). Les auteurs du rapport ont conclu que les infections par le VIH continueront à faire augmenter les coûts des services VIH fournis aux populations si l'on ne réduit pas le nombre actuel de personnes infectées par le virus.

La France a le plus grand nombre de personnes infectées par le virus du SIDA en Europe occidentale où l'on estime que 40 000 personnes vivaient avec le virus du SIDA en 2012 pour 800 cas diagnostiqués par an (Institut de veille sanitaire, 2012). La France a le taux de décès dus au SIDA le plus élevé également, bien que ce nombre ait baissé d'environ la moitié depuis la fin des années 1990. En 2011, le nombre de décès dus au SIDA totalisait 381 bien que cela ne soit qu'un estimatif. On estimait le nombre de personnes diagnostiquées à 6220 en 2013, un chiffre relativement stable depuis 2008, avec une progression annuelle qui reste dans la fourchette des 6100 à 6300 diagnostics par an, alors que certains se préoccupent d'un taux de transmission du VIH en augmentation (Lert et Pialoux, 2010). Les relations hétérosexuelles avec des femmes nées à l'étranger sont la principale cause d'infection (55 %) dans 23 % des nouveaux diagnostics. Les hommes hétérosexuels nés à l'étranger représentent 15 % de ce total contre 10 % pour les hommes hétérosexuels nés en France. Les hommes qui ont des relations avec les hommes (HSH) représentent 42 % des nouvelles infections et les utilisateurs d'intraveineuses, 1 % supplémentaire chez les personnes diagnostiquées (Institut de veille sanitaire, 2014). L'activité de dépistage en France a augmenté en 2011 suite à la campagne nationale qui préconisait un usage plus important des dépistages parmi la population. Cette campagne a permis de réaliser 5 à 5,2 millions d'analyses de sérologie VIH (Institut de veille sanitaire, 2014) en impliquant les médecins généralistes qui sont des acteurs clés dans le combat contre le VIH en France (Souville, 2002). Comme au Royaume-Uni, les HSH sont diagnostiqués plus tôt que les hétérosexuels puisqu'ils demandent des tests plus fréquents et plus réguliers (32 % contre 18 %), ce qui signifie que 62 % des HSH ont été diagnostiqués avec un nombre de CD4 > 351 cellules/mm³, et souvent, bien avant que les symptômes ou signes d'infection n'apparaissent, alors que 56 % des sujets infectés lors d'une relation hétérosexuelle au-

dessus de 50 ans seraient diagnostiqués tardivement (Institut de veille sanitaire, 2012). Cependant, contrairement au Royaume-Uni où les services d'hygiène sexuelle sont souvent considérés comme la première ligne du combat contre le VIH, la responsabilité de la prévention et des tests VIH en France revient principalement aux médecins généralistes qui sont à l'origine de 76 % des tests VIH en France, un pourcentage bien plus élevé que les tests demandés par les « GP » de Grande-Bretagne. On se préoccupe cependant de la capacité et de la volonté des médecins généralistes français à participer à cette tâche, en particulier face aux populations qui ne sont pas estimées représenter un risque significatif. On avance comme raison la peur d'offenser ou de paraître impertinent face aux patients d'un certain âge, mariés et hétérosexuels (O'Connor et al., 2014a,b) en dépit des directives officielles qui préconisent de proposer un dépistage à tous les patients entre 15 et 70 ans, quel que soit le risque d'exposition au VIH (Ministère de la santé et des sports, 2010).

1.2 La situation dans le Kent et à Medway

Plus de 1000 personnes sont infectées par le VIH dans le Kent et le Medway à l'heure actuelle (Kent County Council, 2015). Une étude récente des données cliniques prélevées sur un période de cinq ans, de janvier 2008 à décembre 2013, indique que 242 patients ont été diagnostiqués séropositifs dans 3 trusts NHS. Maidstone and Tunbridge Wells NHS Trust, Medway NHS Foundation Trust et le Kent Community Health Foundation Trust (ce qui inclut les hôpitaux du East Kent Hospitals University Foundation Trust hospitals à Canterbury, Thanet et Ashford). Cependant, ce chiffre n'est pas exhaustif et exclut les personnes diagnostiquées et/ou traitées ailleurs, comme par exemple, à Londres, au nord, et dans les comtés voisins du Surrey et du Sussex, pour lesquels les données qualitatives indiquent que certaines personnes affectées par le VIH ont été diagnostiquées et/ou traitées par les services d'hygiène sexuelle dans la capitale où elles travaillent ou passent une grande partie de leur vie sociale, en particulier dans la communauté homosexuelle (O'Connor et al., 2014a). L'âge moyen des personnes diagnostiquées dans le cadre de cette étude était 40 ans (entre 19 et 81 ans) avec une crête bi-modale à 38 et à 43 ans. Les personnes diagnostiquées tardivement (n=145) étaient environ 4 ans plus âgées que les personnes diagnostiquées plus tôt. Les hommes sont deux fois plus exposés au risque d'un diagnostic VIH positif que les femmes (162 contre 79) bien que les femmes soient susceptibles d'être diagnostiquées plus tardivement. Plus de 55 % des personnes diagnostiquées faisaient en majorité partie de la population britannique de race blanche tandis que les autres sont nés à l'étranger. L'impact sur le nombre des patients diagnostiqués tardivement est évident. En effet, 70,2 % des patients qui ne sont pas de nationalité britannique ont un nombre CD4 de 350 ou moins au moment du diagnostic, contre 53,0 % pour les britanniques de souche.

Les hommes qui ont des relations sexuelles avec les hommes (HSH) représentent la plus faible proportion de diagnostics tardifs avec exactement 50 % des HSH diagnostiqués tardivement par rapport à 64,4 % des 135 hétérosexuels, 80 % des 5 utilisateurs de drogue intraveineuse et 87,5 % des 8 autres patients qui refusent de déclarer leur sexualité dans la région. La différence entre les taux d'infection précoce/tardive chez les HSH et les autres groupes a une importance statistique significative. Les niveaux de diagnostic tardif parmi les hétérosexuels, les hétérosexuels et les femmes hétérosexuelles d'âge mûr en particulier sont plus élevés que la moyenne nationale au Royaume-Uni. Dans le East Kent uniquement (comprenant les arrondissements d'Ashford, Canterbury, Swale, Thanet, Douvres et Shepway) en particulier, les diagnostics tardifs représentent 58 % des nouveaux diagnostics dans la région contre une moyenne nationale de 48 %, bien que dans les autres régions telles que Brighton et Londres, la prévalence des cas de VIH est supérieure, comme l'indique le tableau suivant. Tous les audits menés dans le West Kent par le Kent County Council en 2009 indiquent que les diagnostics tardifs représentent 59,4 % des nouveaux diagnostics en contraste avec une moyenne régionale de 52,4 % dans le sud-est de l'Angleterre et une moyenne nationale globale de 51,3 %. Le même audit indique que 28 % des diagnostics sont effectués dans les centres de dépistage, 27 % dans

les hôpitaux généraux, 20 % dans les cliniques, 15 % dans les cabinets des médecins généralistes et 9 % lors de tests prénataux.

Tableau 1 : prévalence du diagnostic VIH par circonscription de santé stratégique et municipalité en 2012 par rapport à 2010*

Comté	Circonscription ou municipalité stratégique	Prévalence du VIH diagnostiqué	<p>Carte du Kent et de Medway avec les limites de circonscription</p>  <p>* Chiffres pour Dartford, Gravesham, Sevenoaks et Tunbridge Wells Audit du Kent County Council de 2010 Autres, Public Health England 2013.</p>
Londres	Lambeth	13,85/1,000	
Sussex	Brighton	7,59/1,000	
West Kent	Dartford	1,62/1,000	
West Kent	Gravesham	1,23/1,000	
West Kent	Maidstone	0,92/1,000	
West Kent	Sevenoaks	0,64/1,000	
West Kent	Tunbridge Wells	0,90/1,000	
East Kent	Ashford	1,42/1,000	
East Kent	Canterbury	0,99/1,000	

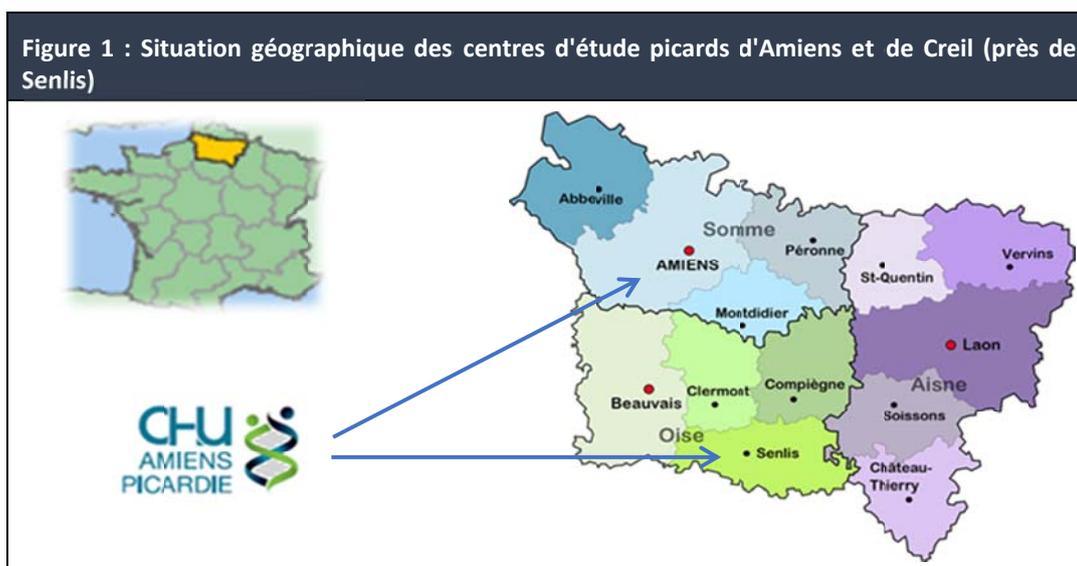
1.3 La situation en Picardie

L'Institut de veille sanitaire (2014) a estimé qu'il y avait eu 96 nouveaux cas de VIH en Picardie. Les hommes et les hommes étrangers étaient particulièrement affectés et représentaient 69 % et 46 % des cas respectivement (Agence régionale de santé de Picardie et Conseil régional de Picardie, 2014), une situation très semblable à celle de la région du Kent et de Medway au Royaume-Uni. Cependant, en 2013, on a effectué 108 300 analyses sérologiques, ce qui représente largement plus que le nombre d'analyses effectuées dans le Kent et le Medway, cette année-là. Si ce chiffre est impressionnant, il est en fait plus faible que la moyenne nationale, et l'un des plus faibles de toutes les régions de France (56 contre 79 tests pour 1000).

Ces tests ont été effectués dans les laboratoires publics ou dans les centres de tests médicaux commerciaux qui offrent des consultations et des tests gratuits depuis l'introduction de la stratégie de dépistage populaire abordée ci-dessus. Les jeunes âgés de 15 à 24 ans représentent plus de 10 % de tous les diagnostics tandis que les personnes âgées de 50 ans et plus représentent 20 %. Les données indiquent que l'hétérosexualité représente 60,8 % des cas d'infection dans la région avec 21,7 % de cas parmi les homosexuels, ce qui est largement plus faible que la proportion représentée par ce groupe au Royaume-Uni. Le reste de ces cas concernent les utilisateurs de drogue par injection (6,9 %) et les hommes bisexuels (2,6 %).

Comme au Royaume-Uni, les personnes nées à l'étranger représentent une proportion anormalement importante de ces diagnostics, en particulier pour les hommes hétérosexuels. Plus de la moitié des nouvelles infections ont été contractées pendant des relations hétérosexuelles avec moins d'un tiers pour les HSH (homosexuels et bisexuels), mais cette proportion est bien plus faible que celle du Kent et le Medway, et est en tous cas, inférieure à la moyenne française. Le nombre total de personnes déclarées séropositives était de 1302 dont 57,6 % d'hommes et 42,4 % de femmes. Les personnes âgées de 40 à 49 représentaient le groupe le plus exposé à l'infection (32,2 %) avec 11,3 % dans la tranche d'âge au-dessus de 60 ans. Plus d'un tiers de tous les diagnostics récents sont effectués à un stade avancé avec un nombre de CD4 < 200 cellules/mm³, ce qui indique un diagnostic du SIDA, bien

que cette situation se soit améliorée légèrement ces dernières années. Entre 2009 et 2011, environ 8 résidents en Picardie sont décédés du SIDA chaque année bien que ce nombre soit légèrement supérieur à la moitié des cas (17 contre 8) signalés les années précédentes, ce qui signifie que la Picardie a le huitième taux de mortalité due au SIDA normalisé le plus bas en France. La Figure 1 ci-dessous indique la situation géographique de deux centres picards ayant participé à l'étude, en particulier Amiens, dans la Somme, et Creil, proche de Senlis, au nord-est de Paris et de la région de l'Île-de-France.



1.4 Objectifs et portée de l'étude IMPRESS Health 2

Le projet IMPRESS Health 2 a été mis au point avec les organisations partenaires dans les régions du Kent et de Medway, au Royaume-Uni, et d'Amiens et Creil, en Picardie, puisque ces lieux indiquaient une tendance similaire de diagnostic tardif dans les populations locales respectives. Les similarités dans la composition démographique des patients est d'autant plus frappante que la majorité des nouveaux diagnostics dans le Kent, Medway et en Picardie concernent la population d'origine africaine ou les HSH. En harmonie avec les données disponibles, les partenaires de projet ont également identifié des taux de diagnostic tardif similaires pour les personnes d'âge mûr, de race blanche et hétérosexuelles dans leurs régions, avant l'étude. Il est clair que les tentatives d'augmenter le nombre de diagnostics précoces dans ces populations respectives ne furent pas aussi fructueuses que prévues. Le projet IMPRESS Health 2 a donc été mis sur pied pour :

- mener une analyse exhaustive des données disponibles suite à des travaux publiés précédemment dans le domaine du diagnostic tardif du VIH, de manière à ce que les actions de projet puissent ajouter de la valeur aux études existantes
- contribuer à l'augmentation des diagnostics précoces du VIH
- comprendre pourquoi les individus dans les deux régions se présentent tardivement au test du VIH
- effectuer une intervention en vue de modifier les comportements liés au diagnostic tardif

- augmenter le nombre de diagnostics précoces du VIH (dans le Kent et Medway au Royaume-Uni ainsi qu'à Amiens, à Creil et en Picardie)

(formulaire de candidature au projet/demande de subventions, mars 2012)

En vue d'atteindre ces objectifs, il a été décidé que l'étude inclurait les composantes suivantes :

- revue de littérature traitant du thème du diagnostic VIH tardif pour étoffer l'étude
- analyse rétrospective des données cliniques de patients diagnostiqués séropositifs dans les deux régions afin d'identifier les corrélations possibles avec un nombre de variables exhaustives affectant la propension des individus à demander un test VIH précoce ou tardif
- entretiens semi-structurés avec les patients et les professionnels de la santé et médico-sociaux pour mieux comprendre les raisons pour lesquelles les individus continuent à être dépistés tardivement dans les deux régions (Kent et Medway au Royaume-Uni, et Amiens et Creil, en Picardie)
- recommandations pour le développement et la mise en place des interventions destinées à modifier les comportements individuels vis-à-vis du moment de dépistage du VIH en ciblant les patients et les professionnels de la santé et médico-sociaux

(Adapté du formulaire de candidature au projet/demande de subvention, mars 2012)

La partie suivante décrit le premier de ces objectifs, en particulier la revue de littérature. Les résultats de la revue de littérature feront ensuite l'objet d'une discussion qui examinera la manière dont ces données ont étayé la phase 1 de développement (phase de recherche) de l'étude. Les parties supplémentaires soulignent les recommandations qui furent faites sur la base des données de la phase 1 en vue de développer une série d'interventions parmi lesquelles les actions de santé publique, les campagnes de dépistage du VIH, les médias sociaux et les activités de sensibilisation en préparation de la journée mondiale contre le SIDA qui a eu lieu en décembre 2014, et le développement des campagnes d'informations et d'éducation sur mesure pour à la fois les professionnels de l'éducation et les membres de la communauté noire et des minorités ethniques (BME) des deux côtés de la Manche dans la phase 2 (phase d'intervention) de l'étude. Les sections finales souligneront et évalueront la réussite de ces interventions, ce qui inclut, dans l'avant-dernière partie, une revue des évaluations du processus, de l'impact sociétal et des avantages à long-terme de l'étude menée par les partenaires et les parties-prenantes du projet.

2.0 Revue de littérature

Une revue initiale des publications a été entreprise pour étayer le développement de l'étude à modes opératoires mixtes qui aura lieu par la suite et permettra d'orienter les cliniciens et les fournisseurs de service de santé publique soucieux de renverser les tendances actuelles de diagnostic tardif en France et au Royaume-Uni. Cette section récapitule le déroulement et les résultats de la revue de littérature menée en ligne avec le premier objectif suivant : *revue de littérature exhaustive des causes de diagnostic VIH tardif* dont le principal objectif est de faire l'état des lieux des connaissances actuelles concernant certains facteurs déterminant dans les décisions individuelles de se faire dépister et les barrières possibles (intrinsèques ou extrinsèques) que peuvent rencontrer ces individus. Les résultats de cette revue ont guidé le développement ultérieur des interventions de l'étude, à savoir les programmes utilisés pour interviewer les patients et les professionnels de la santé pendant la première phase de recherche qui a eu lieu entre octobre 2013 et mars 2014, ainsi que le contenu de la fiche d'extraction de données de la revue rétrospective des données relatives aux patients séropositifs sur les cinq dernières années. Cette revue rétrospective a été effectuée en parallèle à ce processus pendant la même période par les partenaires cliniciens du Kent, du Medway, d'Amiens et de Creil.

2.1 Bases de données et termes de recherche pour la revue de littérature

La recherche destinée à forer la littérature pertinente a utilisé un certain nombre de base de données. Cette recherche inclut les bases de données PubMed Central, CINAHL, PsychInfo et l'index Applied Social Sciences Index and Abstracts (ASSIA), les journaux commerciaux SAGE, ScienceDirect et les bases de données Wiley Online Library. Cette recherche a été menée avec les termes de recherche HIV and AIDS et affinée avec les termes supplémentaires suivants : « late presentation, late diagnosis, screening, late testing and early testing » (présentation tardive, diagnostif tardif, dépistage, dépistage précoce et dépistage tardif). Des critères supplémentaires permettaient d'évaluer des articles susceptibles d'être inclus dans la revue de littérature comme les points de vue des professionnels de la santé et/ou patients/utilisateurs de service, les recherches initiales, les articles d'opinion et les revues de littérature couvrant à la fois les études nationales (britanniques ou françaises) et internationales (dans d'autres domaines). Les articles ont ensuite été revus pour identifier les termes clés qui pouvaient aider les professionnels de la santé et les patients/utilisateurs de services à formuler des listes thématiques et mettre au point des programmes d'entretien ainsi que la fiche d'extraction de données cliniques quantitatives contenues dans les notes des patients.

2.2 Critères de sélection et articles sélectionnés pour la revue

Les articles sélectionnés pour la revue de littérature couvraient une zone géographique assez large. Un petit nombre d'articles abordaient la question des tests tardifs et des diagnostics internationaux. Les articles d'opinion ont également été passés en revue car ceux-ci étaient souvent cités par les autres auteurs. Il s'agissait des articles de Branson et al. (2006), Johnson et al. (2010), Schrantz et al. (2011) et l'article parmi les plus cités : Yazdanpanah et al. (2010). La majorité des articles font référence à des études épidémiologiques qui tentent de corrélérer différentes caractéristiques démographiques avec la propension des populations à demander un test VIH plus ou moins rapidement. Les autres articles contiennent des informations sur les perspectives des patients concernant les obstacles (internes et externes) qu'ils avaient rencontrés. La plupart des études ont été menées au niveau national ou dans des régions disparates (telles que la Catalogne, en Espagne ou en Belgique et dans le nord de la France).

Le groupe d'articles le plus important venait des États-Unis (Schwarcz et al., 2011; Schrantz et al., 2011; Yang et al., 2010; Branson et al., 2006; Casau, 2005). Trois articles décrivent les recherches menées au Royaume-Uni (Dowson et al., 2012; Sudarshi et al., 2008; Sullivan et al., 2005) et un quatrième article présentant les résultats d'une recherche menée en Écosse (Wohlgemut et al., 2012). Un seul papier (Delpierre et al., 2007) fait référence à des travaux menés en France, bien qu'une autre étude aurait été menée dans les départements d'outre-mer de la Guinée française par Hanf et al.. (2011). Trois articles couvrent donc les études menées en Espagne (ou dans la région autonome de la Catalogne). Il s'agissait des articles de Vives et al.. (2012), de Olalla et al.. (2011), et Castilla et al.. (2002). Une revue des papiers suivants a donc été effectuée : Brésil (Pereira et al., 2011), Canada (Krentz et al., 2004), Italie (Camoni et al., 2013), Mexique (Carrizosa et al., 2010), Taïwan (Lo et al., 2011), et Venezuela (Bonjour et al., 2008). Quatre articles fournissaient des perspectives multinationales, notamment Antorini et al. (2010) et Johnson et al. (2010) et sont des études épidémiologiques traitant des facteurs de corrélation avec une présentation au test précoce et tardive en Europe, dans Girardi et al. (2007) qui est un article épidémiologique, et Yazdanpanah et al. (2010) qui fait l'objet d'une discussion sur la présentation tardive au test et la manière d'y remédier de plusieurs points de vue européens.

Les principaux articles de recherche tendent à décrire des études épidémiologiques ou à insister sur le point de vue des patients (bien qu'ils soient moins nombreux) et aucun n'obtient d'informations ou un point de vue des professionnels de la santé, mis à part les opinions exprimées dans les articles. La plupart des études quantitatives décrivent donc des échantillons importants, mais non homogènes, ce qui inclut un échantillon de 30 788 personnes pour Castilla et al. (2002) avec une analyse rétrospective des données de surveillance pour les cas de VIH/SIDA déclarés de 1994 à 2000 en Espagne, un échantillon de 7300 patients pour Canoni et al. (2013) avec une revue des données sur les nouveaux

diagnostics VIH déclarés par l'observatoire italien en 2010 et 2011, un échantillon de 2507 patients pour l'étude des caractéristiques épidémiologiques de De-Olalla et al., des indicateurs prévisionnels de dépistage tardif du VIH à Barcelone (Espagne) de 2001 à 2009 et un échantillon de 4651 personnes pour l'analyse de prévalence, des tendances et des facteurs associés au diagnostic tardif du VIH en Catalogne (Espagne) entre 2001 et 2008, dans Vives et al. (2012). Des études qualitatives approfondies présentaient le même type de petits échantillons qui englobent généralement des participants des populations à risque faible et élevé bien que l'étude semi-structurée de Dowson et al. (2012) n'ait été effectuée que sur la population de HSH atteints de maladies associées au SIDA ou dépistés tardivement avec un nombre CD4 <200 cellules/mm³ et similaire aux interviews multi-méthodiques de Schwarcz et al. (2011) dont les études portent sur 41 patients ayant développé un SIDA dans les 12 mois suivant leur diagnostic à San Francisco, aux États-Unis.

Trois revues de littérature ont également été analysées car elles fournissent des perspectives mondiales et européennes sur la question du dépistage du VIH dans cette étude. Ces revues sont le fruit du travail de Mukolo et al. (2013), Adler et al. (2010), et un article moins récent, Savasta (2004). Delpierre et al. (2007), un article en français citant une documentation existante et qui discute principalement de la politique française relative au dépistage du VIH. Les tableaux 2 et 3 ci-contre fournissent un aperçu général des articles revus qui incluent une analyse et une explication supplémentaire des objectifs de chaque article. On reconnaît que l'on aurait pu revoir beaucoup d'autres d'articles, mais compte de la nature très générale des thèmes abordés, la convergence d'opinions que tentent d'afficher chacun d'eux, comme la similarité des recommandations dans les études pluri-méthodologiques, pluri-échantillons et pluri-régionales, il semble qu'une lecture de cette documentation à ce stade n'aurait pas permis de tirer davantage d'informations. Les résultats de la première phase de « recherche » de ce projet sont estimés suffisants pour énoncer les thèmes et les sujets à aborder.

2.3 Principaux résultats de la revue de littérature

Comme nous l'avons évoqué dans la section 1 de ce rapport, les thèmes clés dans l'étude mise en exergue dans la revue de littérature sont les suivants :

- le nombre de personnes qui vivent avec le VIH dans le monde augmente compte tenu des améliorations thérapeutiques et d'une augmentation du taux de transmission due au fait que les sujets n'ont pas connaissance de leur séropositivité
- le nombre et la proportion des personnes diagnostiquées tardivement augmentent également dans les groupes à haut risque tels que les hommes qui ont des relations sexuelles avec les hommes (HSH) et les immigrants dans les régions à prévalence forte
- cependant, la proportion des personnes qui se présentent tardivement au test de dépistage dans les sous-populations considérées normalement à faible risque d'infection par le VIH telles que les femmes hétérosexuelles est en augmentation également
- Les raisons sous-jacentes à ce nombre élevé de présentations tardives au test et de diagnostics dans tous les groupes sont largement inexplorées, mais probablement multi-factorielles
- des recherches supplémentaires à ces présentations et diagnostics tardifs du VIH sont nécessaires, notamment quant aux raisons pour lesquelles la population continue à se présenter tardivement au test

Tableau 2 : Récapitulatif des articles empiriques et des articles d'opinion passés en revue

Auteur	Pays ou région	Patients	Personnel soignant	Taille de l'échantillon	Facteurs démographiques	Évaluation des risques individuelle	Peurs, préoccupations et barrières émotionnelles au dépistage	Préoccupations relatives aux stigmates et aux stéréotypes	Perceptions sur les avantages d'un diagnostic précoce	Problèmes spécifiques des populations d'immigrants	Barrières structurelles et systémiques au dépistage
Antorini et al. (2010)	Europe	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui
Bonjour et al. (2008)	Vénézuela	Oui	Non	225	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui
Branson et al. (2006)	États-Unis	S/O	S/O	S/O	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui
Camoni et al. (2013)	Italie	Oui	Non	7,300	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Non
Carrizosa et al. (2010)	Mexique	Oui	Non	362	Non	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non
Casau (2005)	États-Unis	Oui	Non	Non déclaré	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Castilla et al. (2002)	Espagne	Oui	Non	30,788	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non
De Olalla et al. (2011)	Espagne	Oui	Non	2,507	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui
Delpierre et al. (2007)	France	Non	Non	S/O	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui
Dowson et al. (2012)	Royaume-Uni	Oui	Non	17	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui
Girardi et al. (2007)	Mondial (divers)	Oui	Non	Non déclaré	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui
Hanf et al. (2011)	Guyane française	Oui	Non	398	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui
Johnson et al (2010)	Europe (divers)	S/O	S/O	S/O	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui
Krentz et al. (2004)	Canada	Oui	Non	241	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	
Lo et al. (2011)	Taiwan	Oui	Non	227	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Non	Oui
Pereira et al. (2011)	Brésil	Oui	Non	492	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Schrantz et al (2011)	États-Unis	S/O	S/O	S/O	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui
Schwarcz et al. (2011)	États-Unis	Oui	Non	41	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Non
Sudarshi et al. (2008)	Royaume-Uni	Oui	Non	108	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui
Sullivan et al. (2005)	RU et Irlande	Oui	Non	977	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui
Vives et al. (2012)	Espagne	Oui	Non	4,651	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Non
Wohlgemut et al. (2012)	Écosse	Oui	Non	165	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui

Yang et al. (2010)	États-Unis	Oui	Non	Non déclaré	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Non
Yazdanpanah et al. (2010)	Europe (divers)	S/O	S/O	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non	Oui	Oui

Tableau 3 : Récapitulatif des revues de la littérature incluse dans l'analyse

Détails des échantillons Thèmes abordés

Auteur	Pays ou région	Nombre d'articles revus	Facteurs démographiques	Évaluation des risques individuelle	Peurs, préoccupations et barrières émotionnelles au dépistage	Préoccupations relatives aux stigmates et aux stéréotypes en cas de séropositivité	Perceptions sur les avantages d'un diagnostic et d'un traitement efficace	Problèmes spécifiques des populations d'immigrants	Barrières structurelles et systémiques au dépistage
Adler et al. (2010)	Europe (divers - spécifié)*	63 articles choisis 22 pays concernés	Oui	Non	Oui	Non	Non	Oui	Non
Mukolo et al. (2013)	Mondial (divers - non spécifié)	36 articles	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
Savasta (2004)	Mondial (divers - non spécifié)	67 articles	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui

*Adler et al. ont en fait étudié 33 pays, mais n'ont reçu des réponses que de 22 d'entre eux : L'Autriche, la Bulgarie, la Biélorussie, la République Tchèque, le Danemark, l'Estonie, la France, l'Allemagne, la Grèce, l'Italie, Malte, la Moldavie, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la Fédération russe, la Slovaquie, la Slovénie, l'Espagne, la Suisse et le Royaume-Uni. Malte et la Fédération russe n'ont pas signalé d'informations sur les diagnostics tardifs alors que la Belgique, la Finlande, la République d'Irlande, la Lettonie, la Lituanie, le Luxembourg, la Roumanie et la Suède n'ont pas du tout répondu à l'étude.

Si les preuves sont insuffisantes, il semblerait d'après les recherches analysées, que le diagnostic et le dépistage tardifs du VIH peuvent être classés d'après 7 thèmes principaux qui seront abordés séparément dans le reste de cette partie. Les thèmes sont estimés suffisamment amples pour capturer les raisons probables au retard dans la présentation au test et adéquats pour orienter les programmes d'entretiens auxquels ont participé les patients et les professionnels de la santé en vue de découvrir les raisons pour lesquelles les dépistages tardifs sont toujours aussi courants. Ces thèmes sont :

- Facteurs démographiques
- Évaluation des risques individuelle
- Peurs, préoccupations et barrières émotionnelles au dépistage
- Perceptions sur les avantages d'un diagnostic et d'un traitement efficace
- Préoccupations relatives aux stigmates et aux stéréotypes d'un test positif
- Problèmes spécifiques des populations d'immigrants
- Barrières structurelles et systémiques au dépistage

Si cela est nécessaire à la discussion, on effectuera une comparaison entre la littérature revue et les résultats de la phase de recherche (phase 1) de l'étude IMPRESS Health 2 qui a déjà été publiée dans le rapport et qui a déjà sa place dans le domaine public en conformité avec la politique de « libre accès » de l'université concernant les études financées par les fonds publics (O'Connor et al., 2014a; 2014b).

2.3.1 Facteurs démographiques

L'âge est corrélé en permanence avec les modèles de comportement vis-à-vis du dépistage précoce ou tardif. Chacune des 36 études revues par Mukolo et al. (2013) associe un âge mûr à une présentation tardive. Cela rejoint les premiers articles de recherche qui indiquent que les individus plus âgés ne se perçoivent généralement pas à risque et donc n'estiment pas devoir se soumettre au test de dépistage du VIH comme les jeunes (Casau, 2005; Savasta, 2004). Ces résultats sont également issus de la recherche entreprise dans le Kent et Medway et en Picardie pendant la phase 1 de l'étude IMPRESS Health 2 comme l'indique O'Connor et al. (2014a; 2014b). Dans la littérature, la situation du sujet en termes d'emploi/poste occupé ou son niveau d'éducation nous renseigne sur sa position socio-économique, caractéristiques largement corrélées avec la présentation tardive bien que ce résultat ne soit pas aussi évident dans la phase 1 de l'étude IMPRESS Health 2. La littérature indique bien que le statut socio-économique est souvent corrélé à la race, le groupe ethnique et le statut d'immigrant du sujet auxquels s'ajoutent les barrières linguistiques ou le manque de connaissances des services disponibles dans la localité. Ces facteurs peuvent être des obstacles lors de l'accès aux services de dépistage du VIH, compte tenu des difficultés de langue, du manque d'informations ou des craintes relatives aux coûts.

Bien que les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes soient les sujets les plus à risque à la fois au niveau national et local, ils ne sont bien souvent pas les patients susceptibles de se présenter tardivement au test VIH (Johnson et al., 2010). Les revues de littérature de Mukolo et al. (2013) et Adler et al. (2010) indiquent que les hommes (en particulier les hommes hétérosexuels) sont constamment exposés au risque supplémentaire d'être diagnostiqué tardivement dans la plupart des pays ; un résultat qui apparaît également dans l'étude IMPRESS Health 2 bien que les raisons à cela ne soient pas claires. Cela est peut-être dû à la propension des femmes à utiliser plus volontiers les services de santé en général, et en particulier durant leur grossesse lorsqu'un test VIH est offert de manière systématique, comme c'est le cas au Royaume-Uni notamment (de Olalla et al., 2011). Les opportunités comme celles-là risquent moins de se présenter pour les hommes sauf en cas de maladie opportuniste symptomatique du VIH ou du SIDA, d'après les résultats des recherches de la phase 1 de l'étude IMPRESS, encore qu'il faille en douter. La plupart des répondants pour lesquels on décrit des signes ou des symptômes clairs révélateurs de ce type de maladie n'ont pas subi de diagnostic proprement dit, ce qui entraîne souvent des retards dans le diagnostic et le traitement, même si ce

problème n'est pas spécifiquement celui des hommes. Le fait de vivre dans une région à faible prévalence VIH augmente largement le risque de diagnostic tardif car les attentes et les préoccupations vis-à-vis du VIH peuvent être latentes à la fois pour les patients et pour les professionnels de la santé (Adler et al., 2010). Cela est certainement le cas au Royaume-Uni, dans des régions comme le Kent et Medway où le pourcentage moyen national de personnes diagnostiquées tardivement est le plus important, en dépit de la proximité avec la capitale, Londres dont le taux de prévalence national (O'Connor et al., 2014a) est le plus élevé. On remarque des tendances similaires dans d'autres pays, en France y compris où le nombre de présentations tardives est également plus élevé en dehors de la région Parisienne et de l'Île-de-France compte tenu des taux faibles de « suspicion » ou de surveillance active du VIH et donc l'impossibilité de déceler l'apparition des premiers problèmes de santé. La revue d'Adler et al. (2010) démontre clairement à la faveur d'un certain nombre d'études qu'il y a moins de risque dans les régions à prévalence faible. De par leur nature plus rurale ou urbaine, certaines régions sont bien souvent marquées par un niveau de préoccupation relatif au risque de transmission moins important comme l'indique un médecin généraliste dans la phase 1 de l'étude IMPRESS Health de phase 2 qui déclare que « *Personne à Tunbridge Wells [considérée largement comme une cité-dortoir tranquille et paisible dans le West Kent] ne risque d'être séropositif* ». Il n'est pas étonnant que la peur et les stigmates associés à un test VIH positif soient ressentis comme une réalité et une préoccupation à l'avenir dans ces régions. Cela peut également expliquer les preuves non confirmées obtenues lors d'entretiens avec les patients qu'ils préfèrent effectuer un test VIH dans les zones métropolitaines telles que Londres ou Paris plutôt que d'être confrontés à des professionnels dont les croyances sont démodées et les connaissances inexacts.

Une diversité d'études primaires ont identifié des variables supplémentaires associées au test VIH ou au diagnostic tardif. Il s'agit des niveaux d'éducation plus bas, par exemple, au Venezuela (Bonjour et al., 2008), bien que les systèmes éducatifs et de santé varient largement entre l'Amérique du sud et l'Europe du nord. Cependant, ce lien est moins évident dans la phase 1 de l'étude IMPRESS Health 2. De même, il semble y avoir une corrélation plus faible avec le statut professionnel, bien qu'il soit difficile de faire une comparaison entre les données de France et du Royaume-Uni compte tenu des différences d'interprétation sur la nature des emplois à temps plein et à temps partiel, du chômage et de l'éducation à temps complet. L'étude française de Delpierre et al. (2005) a trouvé que l'infection par le VIH était plus répandue parmi les femmes et les populations les plus à risque comme les HSH, les utilisateurs de drogues par intraveineuse, les jeunes actifs sexuellement ou les personnes ayant des partenaires multiples. En revanche, les personnes dépistées tardivement tendent à être des hommes hétérosexuels, plus âgés et parents, ayant eu une relation stable, et que les professionnels de la santé des deux côtés de la Manche estiment représenter un risque faible ou nul d'infection par le VIH, même si les antécédents sexuels du patient dans leur précédente relation à long terme (et probablement à l'extérieur également) n'avaient pas été abordés auparavant. De même, d'autres études menées en Italie et aux États-Unis concluent que les personnes d'âge mûr qui ne sont pas des ressortissants nationaux ou des hétérosexuels sont le plus exposés au risque de diagnostic tardif (Camoni et al., 2013; Yang et al., 2010), comme le reflète les résultats de l'étude IMPRESS Health de la phase 2. En dépit de dizaines d'années de recherche sur ces facteurs, nombreux sont ceux qui considèrent l'âge comme un facteur limitatif dans l'infection par le VIH, même pour les personnes d'âge mûr qui trouvent de nouveaux partenaires ou ont des relations avec des partenaires multiples après un divorce ou un deuil (Davis et al., 2013).

2.3.2 Évaluation des risques individuelle

Le déni des facteurs de risque est couramment invoqué pour ne pas se faire diagnostiquer comme en Guyane française et dans un certain nombre de pays européens (Dowson et al., 2012 ; Hanf et al., 2011 ; Yazdanpanah et al., 2010). L'étude de Yazdanpanah et al. (2010) montre également qu'il y a une corrélation positive entre les refus de test et les perceptions sur l'efficacité perçue des traitements médicaux de la maladie. Johnson et al. (2010) signalent que l'appartenance à un groupe perçu à faible risque (par exemple tous ceux qui n'appartiennent pas au groupe HSH ou Afrique sub-saharienne) est

en soi un facteur de risque de dépistage tardif puisque le VIH n'est pas présent à l'esprit de ces individus. Vives et al. (2012) reconnaissent également qu'il existe des barrières relatives au manque de connaissance des médecins généralistes des antécédents sexuels de leurs patients en Catalogne (Espagne). Ils attribuent cela à un manque de temps car ils ne peuvent pas évaluer le risque ou proposer un test à leurs patients, bien que leurs études portent sur une période longue entre 2001 et 2008 et qu'il soit difficile de dire si la pression sur les services était la même pendant cette période. L'importance des perceptions est également soulignée dans les études revues par Mukolo et al. (2013) qui indiquent que l'évaluation cognitive des risques réels ou potentiels peut également influencer la date du test. La revue montre également que les adolescents qui se considèrent exposés à un risque élevé d'infection sont plus enclins à demander un test VIH que les autres adultes avec des facteurs de risque comparables, bien que la revue ne s'inspire pas uniquement de données du Royaume-Uni ou de France, et que de ce fait, elles peuvent être occultées par les différences entre les différents systèmes de santé ou d'éducation sexuelle des pays ou à le manque d'information en dehors de systèmes éducatifs ou officiels.

2.3.3 Peurs, préoccupations et barrières émotionnelles au dépistage

Une étude effectuée au Mexique indique que ceux qui ne préfèrent pas connaître leur état sont deux fois plus exposés au risque d'un dépistage tardif que ceux qui sont prêts à connaître les résultats du test aussi vite que possible (Carrizosa et al. 2010). On attribue au phénomène de présentation tardive, la peur du test positif, ce qui inclut une association infondée entre le VIH et des douleurs, un décès, des stigmates, la discrimination, le fait de se sentir exclu socialement, dévalué ou isolé ou diminué économiquement. Tous ces phénomènes peuvent entraîner une présentation tardive chez les personnes qui ne veulent pas voir leurs craintes confirmées (Mukolo et al., 2013 ; Dowson et al., 2012 ; Hanf et al., 2011). La peur du VIH en tant que barrière au test a également été soulignée dans les données de recherche de phase 1 du projet IMPRESS Health 2 des deux côtés de la Manche (O'Connor et al., 2014a ; 2014b) bien que cela soit marginalement plus prononcé en France où le pourcentage d'africains sub-sahariens dans les échantillons associe la séropositivité à un mauvais état de santé, un taux de mortalité élevé et la peur d'être stigmatisé. Ces facteurs peuvent inciter les patients à retarder l'inévitable le plus longtemps possible.

2.3.4 Perceptions sur les avantages d'un diagnostic et d'un traitement efficace

DeMarco et al. (2012) remarquent que le US Centers for Diseases Control and Prevention (CDC) a publié il y a quelques années des recommandations en faveur d'une normalisation des tests VIH qui selon eux doivent être proposés aux personnes de 13 à 64 ans, avec la recommandation d'effectuer des tests de dépistage VIH dans le cadre d'une procédure de salubrité publique qui vise tous les tests médicaux aux États-Unis. Ils ne sont pas les seuls à le recommander, et d'autres ont préconisé des stratégies similaires pour améliorer l'adoption des dépistages précoces du VIH, comme Girardi et al., par exemple. (2007). La justification à cela est que le patient séropositif qui connaît son état est susceptible d'adopter des comportements sûrs et d'accéder à un traitement à vie, bien que certains indices semblent suggérer que cela ne soit pas le cas. Tous les articles revus acceptent l'hypothèse qu'un diagnostic précoce a des effets significatifs sur la santé des patients. Si ces avantages ne font aucun doute en termes de rentabilité (Davis et al., 2013; Dilernia et al., 2013), nous n'avons pu trouver que peu de recherches spécifiques sur les connaissances et la compréhension des patients sur ces avantages pendant le processus de revue. Les répondants interviewés pendant la phase 1 de l'étude sont souvent surpris d'apprendre que l'efficacité du traitement repose d'une certaine manière sur un dépistage en temps opportun et l'on suppose que les traitements sont tellement efficaces de nos jours que la date de diagnostic n'a pas d'importance. De même, les répondants n'avaient aucune idée que plus de 500 personnes décédaient de maladies liées au VIH ou au SIDA chaque année, si bien qu'il est important de faire circuler des messages réalistes sur les effets positifs du traitement si le diagnostic intervient à temps.

Même si les répondants connaissent les avantages d'un dépistage et d'un diagnostic précoces, leur cognition des comportements est discordante car ils hésitent à demander un test de dépistage du VIH s'ils craignent avoir contracté le virus. Ce phénomène semble marquer les groupes qui pensent traditionnellement qu'ils ne sont pas « à risque » et ceux-ci s'opposent aux groupes mieux informés des HSH dont le taux de présentation tardive plus bas indique qu'il peut y avoir corrélation entre ce qu'ils savent des avantages d'un dépistage précoce et leurs comportements sexuels. Cependant ce groupe a également davantage accès aux services de santé sexuelle au sein et à la périphérie des services de santé du secteur étatique officiel. La quasi-totalité des répondants ayant participé à l'étude conviennent que le dépistage du VIH doit être banalisé de manière à ce que les problèmes de stigmatisation et d'incertitude puissent être adressés plus facilement, mais ils pensent également que les professionnels de la santé ne parviennent pas non plus à poser les bonnes questions ou sont incapables d'articuler les raisons pour lesquelles un test de dépistage du VIH est préconisé dans certaines circonstances, ou encore de mettre en avant les améliorations espérées en termes de résultat des traitements, de taux de morbidité ou de mortalité. On pourrait trouver davantage d'informations sur ce thème dans les rapports initiaux de phase 1 à la fois au Royaume-Uni et dans les données obtenues grâce aux interviews françaises (O'Connor et al., 2014a; 2014b) et clore le débat, si ce n'est qu'il faut ajouter qu'il fallait que les perceptions changent avant de poursuivre vers la phase d'intervention. Cette phase fait l'objet d'une évaluation plus loin dans ce rapport.

2.3.5 Préoccupations relatives aux stigmates et aux stéréotypes

Wohlgemut et al. (2012) prévient les professionnels de la santé des dangers du cloisonnement des patients à risque puisque 25 % des diagnostics dans leurs études concernent des groupes qui ne sont pas reconnus en tant que tels. La peur de divulguer son état ainsi que les stigmates sociaux ou juridiques sont souvent la raison pour laquelle les immigrants évitent de se soumettre à un test de dépistage selon Yazdanpanah et al. (2010). Il semble que cette conclusion soit bien fondée, puisque la revue de Mukolo et al. (2013) suggère que les décisions de se faire dépister interviennent dans des contextes sociaux caractérisés par une hostilité envers les personnes séropositives ou atteintes du SIDA et des connaissances lacunaires sur la transmission du VIH, sur la prévention et le traitement, mais aussi à cause de normes sociales susceptibles de stigmatiser les individus. Les améliorations dans l'efficacité du traitement peuvent avoir pour résultat de dé-stigmatiser le VIH/SIDA en le rendant moins menaçant ou incapacitant dans les aspects importants de la vie (Mukolo et al., 2013), bien que ce domaine ne fasse pas l'objet de recherches approfondies et que davantage de données sur le dépistage soient nécessaires. Cependant, il est clair d'après les données de la phase 1 de l'étude IMPRESS Health 2 que la peur de la stigmatisation est la raison pour laquelle les individus retardent potentiellement le dépistage des deux côtés de la Manche, en particulier les immigrants d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes. C'est ce qu'avaient déclaré les répondants de l'Afrique subsaharienne dans la phase 1 de l'étude IMPRESS Health 2. Un ressortissant du Royaume-Uni attribue sa procrastination et ses préoccupations à la peur de l'opinion des autres membres de son Église charismatique/pentecôtiste si le test se révélait positif. Ces pensées ne sont nullement dictées par le contexte social. Cependant une femme blanche d'âge mûr a selon elle connu l'ignominie quand le pasteur de l'église anglicane de sa paroisse lui a demandé de ne pas boire de vin au calice pendant l'eucharistie compte tenu de son état de séropositivité (en violation des directives de l'Église sur ce sujet et en dépit de la lettre de son médecin sur le risque quasi-négligeable de transmission par la salive, comme il est noté dans la section 1 de ce rapport).

2.3.6 Problèmes spécifiques des populations d'immigrants

Comme l'ont suggéré précédemment Yazdanpanah et al., (2010), des barrières spécifiques existent pour les immigrants, parmi lesquelles, la stigmatisation de certaines communautés subsahariennes et caribéennes au Royaume-Uni et en France. L'étude montre que nombreux sont ceux qui considèrent que le VIH est une maladie mortelle dans ces communautés où les croyances suggèrent que les tests de dépistage VIH ne seraient pas confidentiels et pourraient réduire les chances d'obtenir le statut de

résident permanent. Les autres craignent que le dépistage n'attire l'attention des services d'immigration ou ait un impact négatif sur leur demande de logement, de crèche ou d'emploi dans leur nouveau pays de résidence (Yazdanpanah et al., 2010). Ces craintes ont notamment été exprimées par certains des répondants du Royaume-Uni et de France pendant la phase 1 de l'étude IMPRESS Health 2 et les entrevues. Il est clair que les immigrants restent anxieux à l'idée d'utiliser les services de santé génériques tant que l'on n'investira pas suffisamment en vue de bâtir des relations de confiance dans ces communautés. Les barrières linguistiques peuvent également déformer les messages des services de santé aux immigrants qui ne sauraient pas que ces services sont disponibles ou qu'ils y ont droit (Yazdanpanah et al., 2010). Des études ont montré l'absence de plaidoyer en faveur des immigrants infectés par le virus VIH qui vivent au Royaume-Uni. Cela est associé à une publicité négative sur le « tourisme santé » (Adler et al. 2010), un mécanisme malheureusement exacerbé pendant les campagnes politiques des élections générales qui se sont tenues au Royaume-Uni. En conséquence, le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) a publié des conseils en 2011 pour sensibiliser les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes ainsi que les communautés noires au Royaume-Uni à ces oripeaux par le biais d'une campagne de sensibilisation aux cultures. Des conseils similaires ont également été publiés au niveau européen (Centre européen de la Prévention et de contrôle des maladies, 2010).

2.3.7 Barrières structurelles et systémiques au dépistage

Dans de nombreux pays, c'est l'initiative des patients qui reste le modèle principal de dépistage et de conseils en matière de VIH. Cependant, les établissements de santé représentent un point de contact clé pour les personnes séropositives qui n'ont pas connaissance de leur statut VIH (Yazdanpanah et al., 2010). D'autres cas suggèrent que les établissements de santé passeraient à côté d'un certain nombre d'opportunités de diagnostic et de conseils (Sudarshi et al., 2008; Sullivan et al., 2005). Les obstacles identifiés dans ces études incluent la nécessité du consentement et la manière de l'obtenir, la nécessité (ou pas) de prodiguer des conseils avant le dépistage, ainsi que les barrières logistiques telles que les priorités conflictuelles et les objectifs en matière de politique, les barrières linguistiques et le manque de connaissances, d'éducation et de formation de la part des professionnels de la santé qui risquent de ne pas identifier différents facteurs indicatifs d'une infection par le VIH. Ces risques incluent les groupes à risque atypiques, tels que les hommes ou femmes hétérosexuels, les personnes d'âge mûr des deux sexes et les symptômes non spécifiques pouvant indiquer une infection par le VIH, ce qui inclut les infections opportunistes récurrentes, les malaises, les états de léthargie, d'anorexie, les nausées, la myalgie, l'arthralgie, les diarrhées, les lymphadénopathies et autres problèmes de santé (Sudarshi et al., 2008; Sullivan et al., 2005). Les politiques actuelles au Royaume-Uni prévoient de cibler les groupes clé, et les services fournis et le financement sont ciblés vers ces groupes. Par exemple, le Terrence Higgins Trust (THT) n'est financé que pour offrir des kits de dépistage VIH aux africains, aux homosexuels et aux hommes bisexuels vivant en Angleterre (THT, 2013). De même, dans la littérature revue par Mukolo et al., (2013), on a découvert que la majorité des initiatives de prévention ciblées n'ont pas comme public les hommes hétérosexuels, ce qui signifie qu'ils ont moins de chances de participer à un dépistage du VIH que les utilisateurs de drogue par injection, les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes ou les femmes suivies pendant leur grossesse. Il apparaît clairement dans la plupart des études que le taux de dépistage tardif parmi les utilisateurs de drogue par injection est plus bas que parmi les hétérosexuels (Adler et al., 2010) et qu'au Royaume-Uni, ces personnes représentent 2 % des nouveaux diagnostics (Public Health England, 2013). La perception d'échec de la part des professionnels des soins de santé primaire qui n'abordent pas les questions relatives au VIH avec leurs patients peut également exacerber le problème de la présentation tardive (Dowson et al., 2012). L'échec mentionné a été traité dans les données des entrevues de l'étude IMPRESS Health de phase 2 (O'Connor et al., 2014a; 2014b).

En réponse à ces carences largement couvertes dans la littérature, l'Organisation mondiale de la santé (2007) recommande de systématiser le dépistage du VIH avec l'option de décliner le test pour ceux qui ne souhaiteraient pas se faire dépister. Ces approches pourraient utiliser des formulaires de pré-

dépistage simplifiés et augmenter le nombre de tests VIH et des lieux de conseil. Dans ce modèle, les individus qui recherchent des soins pourraient se voir offrir un test VIH de manière routinière, mais aurait le droit de refuser. Ce modèle est en cours d'application un peu partout, mais nombreux plaident en faveur d'interventions ciblées qui selon eux encourageraient les individus à se présenter plus tôt, sans attendre l'apparition de symptômes ou de problèmes de santé (Camoni et al., 2013; Garcia de Olalla et al., 2011; Yazdanpanah et al., 2010; Girardi et al., 2007). L'étude de Branson et al. (2006) aux États-Unis suggèrent d'inclure les 13-64 ans dans le dépistage du VIH et que cela deviendrait pratique de santé courante à l'instar du US Centers for Disease Control and Prevention et d'une autre étude aux États-Unis qui suggèrent de mettre en place des dépistages du VIH de manière routinière dans les services d'urgence. Cela permettrait aux patients nouvellement diagnostiqués d'accéder plus facilement aux services spécialisés et d'augmenter le nombre de dépistage (Schrantz et al., 2011). En ligne avec les recommandations de l'OMS, les directives actuelles au Royaume-Uni recommandent de proposer des tests VIH de manière systématique à tous les patients admis à l'hôpital et aux personnes qui s'enregistrent auprès d'un médecin traitant dans les régions où la prévalence du VIH est supérieure à 2 pour 1000. Il s'agit d'améliorer la disponibilité des kits de test à domicile actuellement en cours de déploiement (Public Health England, 2013).

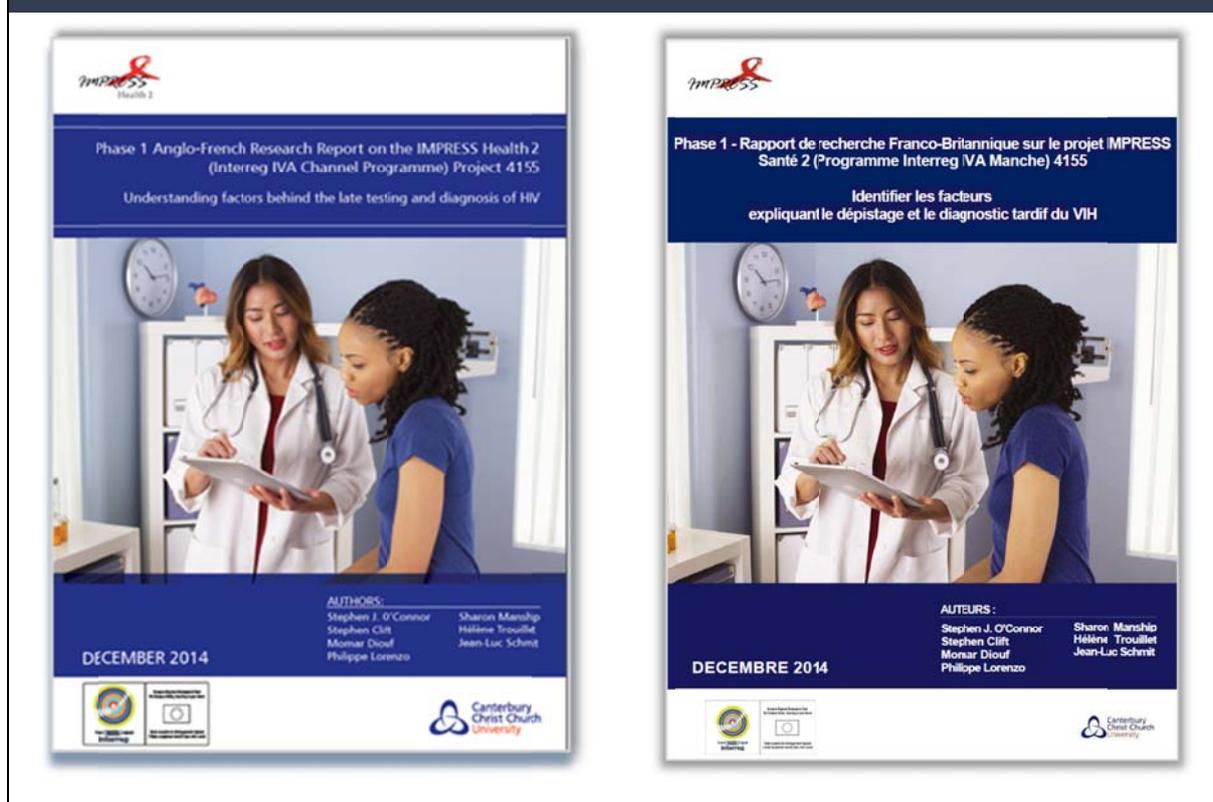
Un nombre d'études qui prennent en compte les perspectives des professionnels insistent sur le besoin d'identifier et de sensibiliser les populations à risque (Vives et al., 2012). Ces études sont bien souvent en faveur de campagnes médiatiques de masse destinées à sensibiliser et à obtenir l'adhésion du public aux tests de dépistage du VIH au moyen d'annonces murales et par l'intermédiaire des médias sociaux. Ces technologies ont sans aucun doute de l'attrait pour certaines des populations ciblées, ce qui inclut les jeunes (Rashbrook, 2013), mais les médias traditionnels sont également nécessaires pour atteindre les autres groupes. Cela inclut les campagnes de publicité telles que la semaine du dépistage nationale du VIH au Royaume-Uni en prévision de la journée Mondiale de lutte contre le SIDA ou des campagnes de sensibilisation aux symptômes indicateurs de l'infection par le VIH similaires aux campagnes d'alerte actuellement utilisées pour le cancer de l'intestin au Royaume-Uni, par exemple (Yazdanpanah et al., 2010). On suggère également des incitations financières et des opportunités de développement professionnel pour les professionnels de la santé (Dowson et al., 2012; Lo et al., 2011) tandis que Pereira et al. (2011) désignent spécifiquement les infirmières comme des acteurs clés dans les campagnes de sensibilisation et d'augmentation des capacités de conseils et d'éducation sexuelle qui ont pour but d'augmenter la fréquence des diagnostics précoces, en harmonie avec les conclusions de Dowson et al. (2012) qui préconisent un engagement plus important de la part des médecins généralistes. Schwarz et al. (2011) affirment de leur côté que les campagnes sanitaires de sensibilisation destinées à augmenter le nombre de dépistages doivent souligner l'efficacité, la tolérabilité et le coût faible des traitements, ainsi que les avantages d'un diagnostic précoce avec la garantie que les tests sont confidentiels.

3.0 Recommandations suite de l'étude de phase 1

Les résultats des études de recherche de phase 1 soutiennent largement les conclusions tirées des revues de littérature décrites ci-dessus. Ces résultats ont été utilisés pour développer des recommandations en vue des diverses campagnes de santé publique, de promotion de la santé, d'éducation sanitaire et les campagnes dans les médias sociaux ciblées vers les populations les plus exposées au risque d'infection par le VIH. Ces résultats sont utilisés dans les interventions pédagogiques des professionnels de la santé (en particulier les médecins généralistes) dans les deux pays puisqu'on estime que ces populations affecteront le nombre et la rapidité des tests VIH effectués. Des recommandations complètes sont disponibles dans le rapport anglo-français de la phase 1 publié dans les deux langues, ainsi que dans les rapports publiés séparément dans les deux pays. Un échantillon de ces rapports est illustré à la Figure 2 ci-dessous. Des copies intégrales de ces rapports et recommandations sont disponibles à l'adresse <http://create.canterbury.ac.uk/12830/> (pour le rapport britannique publié en octobre 2014) et <http://www.impresshealth2.eu/phase-1-anglo-french-research->

report/ (pour le rapport anglo-français publié en décembre 2014), mais ces recommandations ont également été récapitulées brièvement ci-dessous.

Figure 2 : Rapports de phase 1 en langue anglaise et en langue française



3.1 Domaines clés d'action identifiés par le document SWD(2014)106 de l'Union européenne

Les recommandations en vue des interventions suggérées dans le rapport de phase 1 ont été structurées autour des priorités pertinentes identifiées par le personnel de la Communauté européenne dans un document de consultation préconisant la mise en place du plan d'action sur le VIH/SIDA dans l'Union européenne et les pays voisins, en particulier dans les États européens issus de l'ancienne Union soviétique (SWD(2014)106 final). Le plan contenait 50 mesures dont la plupart sont en harmonie avec les recommandations énoncées à la suite de l'analyse des données de Phase 1. En voici les titres :

- 1) Politiques, directives, participation de la société civile, du public au sens large et des parties prenantes
- 2) Prévention du VIH
- 3) Régions prioritaires pour l'intervention
- 4) Groupes prioritaires pour l'intervention
- 5) Amélioration des connaissances
- 6) Meilleure surveillance et évaluation

On trouve en haut de la liste des besoins prioritaires identifiés dans la section « Élever le niveau de connaissance » du plan d'action : « *Améliorer les capacités et les connaissances du personnel médical et*

des organisations communautaires sur les infections VIH/co-infections (telles que l'hépatite virale et la tuberculose virale), la prévention, les tests, le traitement et les soins, ce qui inclut la dissémination des meilleures pratiques cliniques ». En ce qui concerne les groupes prioritaires, le plan d'action souligne le besoin d'intensifier les campagnes de promotion des comportements sexuels sûrs entre les HSH, afin d'améliorer les informations sur la prévention et d'intégrer les services de santé sexuelle dans les États membres. On envisage également d'encourager les « stratégies de test innovatrices » telles que l'utilisation de groupes de pairs qui augmenterait le nombre de diagnostics précoces, en conjonction avec des stratégies de réduction du VIH qui pourraient inclure des mesures de réduction des risques visant les utilisateurs de drogue par injection telles que des programmes de remplacement d'aiguilles, par exemple. Les efforts visant à améliorer la santé des populations d'immigrants incluent des mesures de promotion de la santé ciblées, un meilleur accès aux services ainsi qu'un meilleur traitement. Cependant, le plan d'action fait à peine mention des mesures visant à adresser les taux d'infection des patients hétérosexuels qui grimpent. Ces patients constituent plus de la moitié de la population séropositive (hommes et femmes) dans le Kent, le Medway, Amiens et Creil comme le souligne l'étude de phase 1 (O'Connor, 2014a; 2014b). C'est également le groupe cible d'un nombre significatif d'interventions de la phase 2 de l'étude.

3.2 Politiques, directives, participation de la société civile, du public au sens large et des parties prenantes

Les recommandations des partenaires du projet en termes d'intervention dans ces domaines incluent la nécessité de sensibiliser davantage les décideurs clés, les commanditaires du service de la santé publique ainsi que le public aux coûts sociaux et économiques que représentent les diagnostics tardifs. De même, on accorde une importance significative à la nécessité de faire passer un message positif sur les avantages d'un diagnostic VIH précoce à toutes les personnes responsables de fournir des services de santé et aux commanditaires. On convient également qu'une action politique se doit d'encourager un engagement « participatif » ou plus de la part des médecins généralistes en vue de les impliquer dans les programmes de dépistage, ce qui inclut, le cas échéant, une revue des politiques et des procédures locales en vue de recommander le dépistage ou de dépister les patients individuels ou les orienter si nécessaire. Le rapport français contenait peu de recommandations dans ces domaines thématiques, l'opinion étant que les services de santé collaboraient déjà suffisamment avec les organismes caritatifs de lutte contre le VIH pour faire reconnaître le VIH comme un problème de santé majeur. Néanmoins, on a estimé qu'il était important d'envisager des interventions qui utiliseraient au mieux les organisations LGBT locales et les autres organisations communautaires (telles que les groupes de minorité ethnique noire, les églises et les autres groupes confessionnels, ainsi que les lieux de travail, les universités, les écoles et les collèges, etc.) en vue de promouvoir la santé et sensibiliser les personnes sur les avantages d'un test VIH précoce. On a noté des hypothèses infondées et une réticence générale à aborder les discussions sur la sexualité des personnes et les facteurs de risque dans les données prélevées dans les deux pays. Il semble que les recommandations des autorités françaises concernant le dépistage de la population adulte âgée de 15 à 70 ans quelque soit le risque d'exposition (Ministère de la santé et des sports, 2010) n'aient pas été suivies. Aussi, on estime qu'il faut agir sur ces déclarations de politique et renforcer leur importance.

3.3 Prévention du VIH

Au Royaume-Uni, la responsabilité en matière de santé publique revient spécifiquement aux autorités locales qui suivent les directives de Public Health England, tandis qu'en France, cela reste la responsabilité des services de santé primaires (et spécifiquement celle des médecins généralistes). Les données picardes de la phase 1 suggèrent que les médecins généralistes collaboreraient bien plus étroitement avec les agences caritatives qu'au Royaume-Uni. Cela est partiellement dû au rôle semi-officiel des organismes caritatifs dans la prévention et le dépistage du VIH. Mais on s'accorde à dire au Royaume-Uni qu'il faut une plus grande participation et une meilleure collaboration collégiale avec le secteur caritatif, comme c'est déjà le cas en France, pour toute intervention locale développée dans le

Kent et le Medway. On a suggéré également que les partenaires devaient redoubler d'efforts pour insister sur l'importance de la médecine préventive et des stratégies de prévention du VIH telles que l'utilisation de préservatifs, et idéalement, mais pas exclusivement, pendant la période qui précédait la journée mondiale de lutte contre le SIDA en décembre (ce qui coïncidait au moins au Royaume-Uni avec la semaine de dépistage nationale fin novembre). On a également recommandé d'axer les campagnes médiatiques ou de santé publique pendant cette période sur ces deux aspects. On a suggéré également en parallèle de développer des projets de travail de proximité distincts dans les deux pays qui soient ciblés localement vers les groupes identifiés en vue de fournir des préservatifs, des lubrifiants, etc. ainsi que des informations sur les pratiques sexuelles sûres et le dépistage VIH. Les chercheurs ont également été impressionnés par les activités relatives à l'un de ces projets (la campagne « Blue bus ») entreprise en novembre 2013 par les trusts NHS de Maidstone et de Tunbridge ainsi que le trust Health NHS Foundation Trust. Ils ont recommandé une stratégie similaire en Picardie pendant la même période, en programmant si possible les lieux et les dates de ces interventions dans les cités majeures pendant les « périodes d'économie nocturne » où ces comportements à risque sont susceptibles de s'intensifier. On a suggéré également des campagnes dans les médias sociaux pour stimuler le débat et l'intérêt pour la prévention et le dépistage du VIH en préparation de la journée mondiale de lutte contre le SIDA.

3.4 Groupes prioritaires pour l'intervention

Il est clair d'après les données de France et du Royaume-Uni que les préférences étaient différentes selon les répondants en fonction du lieu, de la méthode et de la date du dépistage. Bon nombre de personnes plus âgées déclarent par exemple qu'elles préféreraient prendre le test dans leur cabinet médical plutôt que dans une clinique de santé sexuelle. Il est intéressant de noter que pour les personnes qui prennent le test de dépistage du VIH dans leur cabinet médical en France, il subsiste une stigmatisation associée au jugement de certains médecins généralistes. Les inquiétudes relatives à la vie privée et à la confidentialité sont bien plus importantes au Royaume-Uni, en particulier dans les petits cabinets médicaux ou les zones rurales où les patients craignent d'être entendus par les personnes qu'elles connaissent ou qui vivent à proximité. Compte tenu de la proportion élevée des noirs africains et des minorités ethniques dans les échantillons des deux pays, et le nombre plus élevé que prévu d'hétérosexuels séropositifs de 50, 60 et 70 ans et même de 80 ans, on suggère qu'il serait utile d'effectuer des interventions par le biais des agences de volontariat, des églises ou des groupes d'autres confessions, des groupes sociaux et de soutien par les pairs, en particulier pour les personnes plus âgées qui ont des relations sexuelles à la suite d'un divorce ou du décès des suites d'une longue maladie de leur partenaire sexuel de longue date.

3.5 Amélioration des connaissances

En plus des stratégies de santé publique et de média social recommandées ci-dessus, on suggère que le personnel de santé primaire, et en particulier les médecins généralistes dans les deux pays, bénéficieraient d'une mise à jour officielle de leurs connaissances du VIH avec des conseils sur les indicateurs permettant de recommander un test, les avantages d'un diagnostic et d'un traitement précoce et la manière d'aiguiller un patient vers des services spécialisés si nécessaire. Cet état des lieux est renforcé par les données des entretiens français qui signalent qu'un nombre significatif de personnes interrogées déclaraient avoir des connaissances insuffisantes sur les facteurs de risque, les maladies associées au virus et les développements récents dans le traitement du VIH. Les répondants au Royaume-Uni et en France déclarent qu'ils aimeraient recevoir une formation en conseils et en communication pour leur permettre de mieux évaluer les risques, effectuer des tests ou informer les patients sur leurs résultats. Les partenaires français pensent que la tâche qui consiste à inciter les médecins généralistes à suivre une formation est un défi et que toute stratégie doit être entreprise en consultation avec les organismes/agences professionnelles pour définir clairement la rémunération nécessaire.

4.0 Justification des interventions mises en place pendant la phase 2 de l'étude

Un réunion s'est tenue avec les partenaires à Amiens, en juin 2014, pour débattre des résultats et des implications du rapport de recherche de phase 1 pour la phase suivante de l'étude. On a discuté des différentes interventions possibles basées sur les données de phase 1. Les conclusions de la phase 1 incluent le développement de systèmes utilisant les technologies de l'information qui signaleraient automatiquement les patients ayant plus d'une maladie associée au VIH, ou d'autres facteurs ou indicateurs cliniques dans le dossier médical du patient pendant les consultations. Cependant, ce genre d'approche nécessite un développement coûteux et chronophage. On a noté également que les hôpitaux et les fournisseurs de services de santé primaire au Royaume-Uni utilisaient une variété de systèmes informatiques différents qui rendraient cette approche difficile. On pense que les personnes les moins susceptibles de mettre en place ou d'utiliser un tel système sont ceux ou celles dont la performance était déjà inférieure à celle de leur collègue. Les partenaires français suggèrent également d'utiliser des rassemblements éclairés pour sensibiliser le grand public de manière semi-spontanée et officieuse. Cependant, avec une période d'intervention aussi courte, il faut que les interventions soient ciblées et répondent autant que possible aux critères SMART ou aux objectifs fixés afin d'être évaluées au printemps 2015. Elles doivent donc être :

- Spécifiques
- Mesurables
- Appropriées
- Réalisables
- Temporelles

On a donc décidé que la campagne de santé publique, dans les médias sociaux et les campagnes de sensibilisation devait être ciblées vers les membres du grand public des deux côtés de la Manche en préparation de la journée mondiale de lutte contre le SIDA du 1^{er} décembre 2014. Un aspect clé de cette stratégie était de placer des posters et des prospectus à forte visibilité dans les lieux d'observation, en particulier les lieux de transport public ou les zones de passage important telles que les gares et les gares routières, les supermarchés, les centres commerciaux et les zones commerçantes, ce qui inclut les cliniques mobiles avec des personnels et des supports imprimés bien visibles. On a également décidé d'offrir des sessions de formation continue aux médecins généralistes, aux praticiens hospitaliers et aux autres personnels de santé concernés des deux côtés de la Manche puisque les lacunes, l'inertie et le manque de compréhension avaient été clairement identifiés pendant la première phase de recherche (phase 1) du projet. On a également noté la gêne et la réticence des praticiens qui rechignent à engager la conversation sur les facteurs de risque et les comportements sexuels. Le contenu de ces sessions est le même des deux côtés de la Manche, mais elles ne sont pas dispensées d'une manière professionnelle et acceptable culturellement par les professionnels des deux pays.

Une campagne médiatique de haute tenue qui fasse usage de tous les médias disponibles, ce qui inclut la radio, et si possible, la télévision, fut lancée pour coïncider avec les campagnes des médias sociaux et de santé publique intégrant une campagne de sensibilisation parmi les parties prenantes, ce qui inclut les politiciens, les commanditaires de services de santé et les associations professionnelles. Enfin, il a été décidé qu'il fallait adresser les besoins spécifiques des groupes d'immigrants issus des pays de prévalence élevée dans les régions du Kent, de Medway, d'Amiens et de Creil au moyen d'interventions ciblées inspirées des formes d'éducation de santé traditionnelles et/ou sociales et culturelles pertinentes, en particulier si elles encourageaient la présence et la participation des femmes en situations « médicales » non traditionnelles. Pour les raisons énoncées dans la section 4.1 ci-dessous, il a été convenu que ces besoins ne seraient pas exactement les mêmes dans les deux pays, mais qu'ils devaient répondre aux besoins spécifiques des groupes à prévalence élevée clairement

identifiés dans le cadre des interventions INTERREG IMPRESS Health 2 des deux côtés de la Manche. Ces campagnes devaient également utiliser les logos des partenaires concernés et publier des remerciements aux investisseurs et aux autres composantes du programme en adoptant une approche de mise en place uniforme en harmonie avec les objectifs SMART afin qu'elles puissent se prêter à l'évaluation.

4.1 Raisons pour les variations locales dans les interventions

Si les données démographiques générales et bon nombre des résultats obtenus pendant la phase 1 de l'étude des deux côtés de la Manche sont largement similaires, des différences subtiles mais très importantes existaient entre les deux pays. Par exemple, si le nombre de personnes nées à l'étranger déclarées séropositives tardivement dans le Kent et le Medway est pratiquement le même que pour les personnes nées dans le pays (74 contre 71 patients), le nombre de patients nés à l'étranger qui sont diagnostiqués tardivement à Amiens et Creil (50 contre 33 patients) est bien plus élevé. Dans l'ensemble, le nombre de personnes nées au Royaume-Uni et diagnostiquées tardivement dans le Kent et le Medway est bien plus élevé, alors que la situation est inversée en France où le nombre de cas de séropositivité chez les personnes n'étant pas nées en France est légèrement supérieur. Ainsi, 55,65 % de l'échantillon diagnostiqué au Royaume-Uni pendant la période de 5 ans étaient nés au Royaume-Uni pour un chiffre de 48,5 % en France, comme l'indique le Tableau 4 ci-dessous. Il y avait également des différences en termes de voies de transmission possible entre les échantillons des deux pays. Par exemple, en France, seuls 35 patients ou 21,2 % de l'échantillon étaient des hommes ayant des relations avec les hommes (HSH) contre 88 patients ou 37,2 % de l'échantillon au Royaume-Uni. Le taux de transmission du VIH chez les hétérosexuels était bien plus élevé en France avec 119 patients ou 72,1 % de l'échantillon contre 135 patients ou 57,2 % de l'échantillon au Royaume-Uni (O'Connor et al., 2014b). On attribue cela aux travaux de promotion de la santé et de prévention des risques chez les HSH et le nombre importants de personnes nées hors de France dans l'échantillon français qui contient bien plus de personnes dans les zones de haute prévalence comme l'Afrique sub-saharienne que l'échantillon britannique. Il a donc été décidé de varier légèrement la portée et la livraison des interventions, une démarche essentielle compte tenu des différences démographiques, culturelles ou sémantiques des deux côtés de la Manche qui n'auraient pas trouvé d'équivalences culturelles ou qualitatives en France ou en Angleterre pour certaines populations.

On a suggéré lors de discussions avancées sur le style de posters à remettre aux agences professionnelles du Kent County Council dans le cadre d'un appel à concurrence qu'il fallait dans le cadre des campagnes de santé publique et dans les médias sociaux privilégier un texte rouge ou blanc sur fond noir afin de donner au message la force et l'aplomb nécessaires pour véhiculer l'importance du dépistage du VIH. Cependant, les partenaires d'AIDES en France pensaient que ces couleurs avaient un aspect morbide et véhiculaient des stéréotypes négatifs sur le VIH dans l'esprit des français si bien qu'il a été convenu que le message et le choix des mots seraient sémantiquement les mêmes et que les couleurs utilisées sur les supports publicitaires et les posters seraient différents des deux côtés de la Manche tant que le message restait clair et non ambigu et que les logos concernés véhiculaient des objectifs uniformes. Les partenaires français ont opté pour une couleur bleu ciel et vert comme l'illustre la Figure 3 ci-dessous. Cette illustration décrit les postes qui doivent être utilisés des deux côtés de la Manche pendant les campagnes de média social et de santé publique qui ont eu lieu en novembre et en décembre 2014. La même analyse a été appliquée aux autres interventions, ce qui inclut la conception et la couleur des prospectus et des fiches d'information de la campagne de santé publique (Figure 4) et l'approche choisie pour les activités d'éducation sanitaire ciblées vers les groupes « noirs et minorités ethniques » dans chacun des pays (majoritairement noirs africains en France, mais dont une part non négligeable est de souche caribéenne au Royaume-Uni). On trouve également des ressortissants de Somalie, Pakistan et d'autres régions du sous-continent indien. Cette ethnie est bien

moins représenté dans la population « communautés noires et minorités ethniques » française. Cela s'applique également aux interventions éducatives menées parmi les professionnels de la santé dont les attentes en termes de rôle et de cultures sont différentes entre les deux pays.

Tableau 4 : Lieu de naissance des patients diagnostiqués en France et au Royaume-Uni*					
			Nombre de CD4 ≤350 mm ³	Nombre de CD4 >350 mm ³	Nombre et pourcentage
Kent et Medway	Nés au Royaume-Uni	Nombre	71	62	133 (55,65 %)
		Pourcentage	53,4 %	46,6 %	100,00 %
	Reste du monde	Nombre	74	32	106 (44,35 %)
		Pourcentage	69,8 %	30,2 %	100,0 %
	Total au Royaume-Uni	Nombre	145	94	239
	Pourcentage	60,7 %	39,3 %	100,0 %	
Amiens et Creil	Né en France	Nombre	33	47	80 (48,5 %)
		Pourcentage	41,3 %	58,7 %	100,0 %
	Reste du monde	Nombre	50	35	85 (51,5 %)
		Pourcentage	58,8 %	41,2 %	100,0 %
	Total en France	Nombre	83	82	165
	Pourcentage	50,3 %	49,7 %	100,0 %	
*Si les données relatives au lieu de naissance et à l'ethnie ont été prélevées dans la partie britannique de l'étude, il est illégal d'identifier les personnes par l'origine ethnique en France, si bien que l'on a utilisé le lieu de naissance pour refléter la réalité ethnique.					

Figure 3 : Posters utilisés dans les médias sociaux et dans les campagnes de santé publique en France et au Royaume-Uni



Figure 4 : Les informations de santé publique et de dépistage en France et au Royaume-Uni



5.0 Campagne itinérante de dépistage du VIH dans le Kent et le Medway

Dans le Kent et le Medway, la campagne sur les médias sociaux et de santé publique fut conduite sous la direction de Wendy Jeffreys, spécialiste en santé publique et responsable du commissionnement des services de santé publique pour le Kent County Council avec l'assistance du Dr Faiza Khan, consultant en santé publique pour le West Kent Primary Care Trust. Anciennement intégrée au National Health Service (NHS), le service a la responsabilité de fournir des services de santé publique aux autorités locales (telles que le Kent Country Council et le Medway Council) en avril 2013, suite à la mise en place de la loi *NHS Health and Social Care Act* de 2012. Les travaux ont été entrepris par METRO qui est un organisme caritatif défenseur de l'égalité et de la diversité et qui fournit des services de santé, de proximité et des services à la jeunesse dans la région de Londres et du sud-est de l'Angleterre. METRO est également actif dans un certain nombre de projets nationaux et internationaux. L'organisation a des résultats prouvés en tant que travailleur de proximité auprès des personnes « suspicieuses » des services de santé, ce qui inclut les hommes qui n'auraient pas accès aux services de santé normaux sans cela. Son rôle de fournisseur de services « passerelle » est important. Ils peuvent signaler et promouvoir ces services en leur renvoyant des visiteurs si nécessaire. Selon les conditions du contrat de fourniture de services gagné dans le cadre d'un appel à concurrence, METRO a fourni 12 jours de dépistage VIH rapide dans 12 lieux différents dans le Kent et le Medway courant novembre 2014 comme indiqué au tableau 5.

Leur personnel était présent dans les zones de passage important (telles que les grands rues ou les parkings de supermarché) pour discuter du VIH et du risque de transmission avec le grand public et les encourager à prendre le test tout en démythifiant le VIH et son traitement. Ils ont également distribué gratuitement des préservatifs, fait la promotion des pratiques sexuelles sûres et renvoyé des personnes aux services de santé principaux (ce qui inclut les services de contraception) si nécessaire. Au total, ils ont réalisé 198 tests rapides auprès du grand public entre le 4 et le 28 novembre 2014. 65 % d'entre eux étaient des hommes et 35 % des femmes. Aucun des tests n'étaient positifs, pourtant un grand nombre d'entre s'estimaient exposés à un risque élevé d'infection comme illustré au Tableau 6. Il n'est pas surprenant que la majorité des personnes rencontrées par les équipes METRO soient des britanniques de race blanche (139 personnes ou 70,20 %) suivis d'autres personnes de race blanche, et principalement européens (26 personnes ou 13,13 %). 17 noirs africains se sont présentés seulement (8,59 % des 198 personnes dépistées) tandis qu'un petit nombre de personnes faisait partie des groupes ethniques comme indiqué dans le tableau 7. La majorité des personnes qui avaient demandé un test étaient hétérosexuels (82,32 %) suivies de patients bisexuels (8,59 %) et homosexuels (6,57 %) comme indiqué au tableau 8.

Dans le Kent et le Medway, METRO a établi des relations de travail avec l'organisation Action Charity Organisation (HACO) qui fournit un éventail de services aux personnes d'origine africaine infectées ou affectées par le VIH. Les deux organisations ont fait largement usage des activités menées par les pairs qui étaient ciblées culturellement et fournissaient l'opportunité aux personnes de se faire dépister en dehors des services de santé et des services sociaux. Il s'agissait d'attirer les personnes qui craignaient la discrimination ou qui croyaient ne pas avoir droit aux services de santé gratuits tels que les immigrants économiques sans droit de résidence au Royaume-Uni ou effrayés par la déportation. 23 tests ont été effectués par jour en moyenne, bien que le nombre et la fréquence des tests varient en fonction de l'organisation. Le plus grand nombre de tests, 68, ont été effectués à Maidstone, le centre administratif du Kent à proximité de Londres, bien qu'il faille noter également que le bus est venu en ville à deux reprises. Sur ce nombre, 38 personnes n'avaient pas effectué de tests VIH auparavant. 6 d'entre elles étaient des HSH. Une plus grande proportion de personnes originaires des zones de haute prévalence VIH, ce qui inclut l'Afrique, se sont rendues à la clinique. Le nombre de preneurs de test indiquant qu'ils avaient payé pour avoir des relations sexuelles par le passé était le plus élevé à Maidstone également, parmi lesquels 1 homme qui avait eu des relations sexuelles avec des africaines séropositives pour les mettre enceintes afin qu'elles restent au Royaume-Uni. Un autre patient a

indiqué qu'il avait eu des relations sexuelles fréquentes avec un partenaire séropositif admis à l'hôpital à l'époque du test et qu'il était maintenant préoccupé par son état.

Figure 5 : Photos des partenaires du projet : Brenda Mann, Steve O'Connor et le personnel du Kent Community Health Foundation Trust staff au centre de dépistage itinérant « Blue Bus » à Canterbury, en préparation de la journée mondiale de lutte contre le SIDA



Tableau 5 : Lieux et nombres de tests rapides menés en novembre 2014

Zone	Date	Lieu	Nombre de tests
Kent	04/11/14	Dartford (Grand rue)	7
	07/11/14	Folkestone (Centre commercial de Sandgate Road)	17
	08/11/14	Dover (Place du marché)	12
	14/11/14	Ashford (Divers)	24
	15/11/14	Canterbury (Hypermarché près de la caserne et gare ferroviaire)	7
	19/11/14	Sevenoaks (Supermarché Sainsbury, Otford Road)	1
	21/11/14	Maidstone (Divers)	46
	24/11/14	Maidstone (Divers)	22
	25/11/14	Margate (Cecil Square)	18
Medway	28/11/14	Chatham (Military Road)	44
Total			198

Tableau 6 : Les facteurs de risque de séropositivité sont classés du plus courant au moins courant (n=198)

Facteur de risque	Nombre	Pourcentage
2 partenaires ou plus dans les douze derniers mois	80	40 %
Nouveau partenaire dans les 3 derniers mois	61	31 %
Partenaire sexuel en dehors du Royaume-Uni	57	29 %
Homosexuel ou bisexuel	34	17 %
A un partenaire avec un facteur de risque VIH sur cette liste	22	11 %
A reçu un traitement médical en dehors du Royaume-Uni	22	11 %
Utilisateur de drogue par injection ou partenaire d'un utilisateur	15	8 %
A payé pour des services sexuels ou en a offert	13	6,5 %
Partenaire séropositif connu	10	5 %
A reçu une transfusion sanguine	8	4 %

Tableau 7 : Origine ethnique des personnes recherchant un test de dépistage du VIH (n=198)

Origine ethnique	Nombre	Pourcentage
Britannique de race blanche	139	70,20 %
Autre personne de race blanche	26	13,13 %
Noirs africains	17	8,59 %
Asiatiques (hors Pakistan)	4	2,02 %
Pakistanaïes	3	1,52 %
Caribéens	3	1,52 %
Autres - ce qui inclut 1 personne de la communauté de voyageurs ou non divulguée	6	3,03 %
198		100 %

Tableau 8 : Sexualité des personnes demandant un test de dépistage du HIV (n=198)

Sexualité	Nombre	Pourcentage
Hétérosexuel	163	82,32 %
Bisexuel	17	8,58 %
Homosexuel	13	6,57 %
Reste : 2 lesbiennes, 2 « autres » et une personne non divulguée	5	2,53 %
198		100

5.1 Résultat de deux visites à Maidstone (Kent)

Le personnel du centre de dépistage itinérant a noté qu'une grande proportion des hommes au-dessus de 30 ans vus à Maidstone s'étaient approchés d'eux après avoir bu de l'alcool ou qu'ils sentaient l'alcool. Il y avait également six utilisateurs de drogue par injection dont deux femmes. La cause d'injection par seringue la plus commune est l'injection d'anabolisants. Une jeune femme a demandé un test car elle pensait que sa mère était séropositive et pensait avoir contracté le virus à son contact. On lui a fourni des informations et on l'a renvoyée pour un suivi après un test rapide bien qu'elle refusa une intervention médicale. Un nombre important de roumains, de polonais, d'afghans et de pakistanais avec des compétences linguistiques en langue anglaise limitées se sont également présentés au centre de dépistage itinérant pour subir un test à Maidstone. Tous ne connaissaient pas vraiment les lieux de dépistage et ne savaient pas si ces services étaient gratuits ou pas. On peut attribuer cela à leur niveau d'anglais qui est faible, mais le personnel sous-entendait également que certains étaient en situation irrégulière au Royaume-Uni ce qui ne leur permettait pas d'avoir accès aux services de santé principaux. Ces hommes avaient également des attitudes différentes vis-à-vis du test de dépistage VIH par rapport aux britanniques, et en particulier, ils ne faisaient pas forcément le rapprochement entre le VIH, l'homosexualité ou les relations sexuelles entre hommes. Certains avaient initialement refusé de déclarer leur homosexualité ou leur bisexualité en admettant finalement qu'ils avaient eu des relations sexuelles avec d'autres hommes auparavant. Ils préféraient se décrire hétérosexuels sur les documents associés au test. Toutes les personnes qui se sont rendues au centre de dépistage itinérant ont été orientées vers un test de dépistage IST et une personne a refusé en demandant spécifiquement un test pour la chlamydia.

5.2 Résultat des visites à Chatham (Medway)

Au second rang de par le nombre de tests (44), Chatham est la seule ville dépistée dans le Medway. Sur la base des informations récoltées sur chaque site, les visiteurs du centre de dépistage itinérant qui présentaient des risques plus faibles, au moins anecdotiquement, semblaient avoir de meilleures connaissances sur les facteurs de risque du VIH et les avantages d'un dépistage précoce que dans les autres lieux. En dépit de cela, 19 n'avaient jamais demandé de test auparavant et 7 étaient HSH dont un membre de la communauté de voyageurs. Quatre des personnes testées avaient eu des relations sexuelles non protégées les dernières semaines et ont donc été orientées pour effectuer un nouveau test compte tenu du délai de séroconversion et du risque de non-détection des anticorps identifiés par le test rapide. Un des hommes s'inquiétait de la présence du sang dans son sperme et a donc été renvoyé vers son médecin traitant pour un diagnostic. En outre, tous les clients ayant visité le centre de dépistage itinérant dans la région avaient été orientés pour effectuer un test de dépistage compte tenu des facteurs de risque connus pour les autres maladies sexuellement transmissibles.

5.3 Résultat des visites à Ashford (Kent)

Ensuite, Ashford présentait le nombre le plus élevé (24) de demandes de test rapide, dont 19 n'avaient pas subi de tests auparavant et 4 ne savaient pas s'ils avaient pris le test auparavant ou dans les 5 dernières années. L'un des hommes dépisté a déclaré avoir partagé une seringue avec d'autres personnes dans le but de s'injecter des anabolisants et semblait n'avoir que peu de connaissances sur les facteurs de risque du VIH bien qu'après un examen plus approfondi, son risque d'infection fut estimé faible. Un HSH présentait des facteurs de risque modérés, mais un niveau de connaissances satisfaisant et assura être testé régulièrement. Dans le lieu suivant, à Margate, une station balnéaire dans le East Kent, 18 tests ont été réalisés par le centre itinérant. Six personnes se sont identifiées comme appartenant à la communauté des LGBT et 12 personnes n'avaient jamais fait le test. Cela inclut un HSH à haut risque qui a déclaré avoir eu des relations sexuelles non protégées pendant 10 ans sans demander de test. Un autre HSH avait eu une relation anale avec plusieurs partenaires dont la séropositivité était connue, mais le diagnostic d'aucune personne testée ce jour-là n'a révélé un état de séropositivité. Comme pour Maidstone, on a noté que certaines des personnes qui s'étaient rendues

au centre itinérant avaient bu le jour de leur test, et leur situation sanitaire générale indiquait qu'ils avaient des antécédents d'abus de drogue et de problèmes mentaux les exposant à une infection VIH. Margate, comme d'autres villes côtières dans le East Kent, a la réputation d'être une ville dortoir pour un nombre au dessus de la moyenne de jeunes dont la plupart sont des demandeurs d'emploi résidant en ville pour tirer profit des hébergements ou des hôtels relativement bon marché. Comme dans les autres centres, les visiteurs du centre de dépistage ont été renvoyés vers la clinique IST.

5.4 Résultat des visites à Folkestone et à Douvres (Kent)

Folkestone et Douvres, deux autres villes de la région East Kent, présentaient le plus grand nombre de tests, avec 17 et 12 tests respectivement. À Folkestone, 12 visiteurs n'avaient pas été testés auparavant alors que 8 tests furent effectués à Douvres. À Folkestone, 8 personnes ont déclaré qu'elles avaient eu des relations sexuelles à l'étranger, la plupart dans les pays à prévalence VIH élevée. Deux personnes ont déclaré qu'elles savaient déjà qu'elles étaient séropositives, mais étaient contentes de voir que des opportunités de dépistage étaient disponibles au niveau local. L'équipe a rencontré des réactions négatives et stigmatisantes de la part des piétons. Certains mettaient en question la nécessité de prendre le test de dépistage en soulignant son incongruité et en remettant en question sa pertinence dans la ville, ce qui est intéressant étant donné son histoire récente (comme Douvres) de port maritime sur la côté est du Kent. En outre, un groupe de jeunes hommes s'est approché du centre de dépistage itinérant visiblement sous l'influence de narcotiques et n'étaient donc pas en mesure ni prendre une décision motivée ni de donner leur consentement au test. On leur a fourni des préservatifs en les orientant vers un bilan de santé sexuel complet à une date ultérieure, bien qu'il soit impossible de savoir s'ils s'y sont rendus ou pas. De même, 8 personnes dans le port fréquenté de Douvres n'avaient jamais subi de test de dépistage du VIH auparavant, et 4 d'entre eux avaient eu des rapports avec des partenaires étrangers.

Trois des visiteurs du centre de dépistage itinérant vivaient dans des logements sociaux, et l'un d'entre eux sortait récemment d'une relation avec un partenaire et voulait se rassurer, tandis qu'une autre personne est venue accompagnée d'un aidant, cependant cette personne présentait un risque d'infection faible. Une personne a demandé un test en déclarant qu'elle était une utilisatrice de drogue par injection, mais elle savait où se procurer des aiguilles propres et gratuitement, ce qui fit plaisir au personnel du centre. Dans l'ensemble, l'équipe estime que les personnes qui sont venues au centre connaissaient suffisamment les risques liés au VIH et les avantages d'un dépistage précoce bien que beaucoup d'entre elles semblaient avoir de faibles revenus et appréciaient surtout les ressources gratuites comme les préservatifs.

5.5 Résultat des visites à Dartford (Kent)

Une visite à Dartford, à Gravesham, a permis de voir 7 personnes pour un dépistage. Comme dans les autres lieux, la plupart d'entre elles n'avaient jamais pris le test auparavant. Si la majorité de ces personnes présentaient un risque faible, les niveaux de connaissance et de compréhension du risque d'infection par le VIH étaient préoccupants. 2 jeunes britanniques avaient très peu de connaissances en santé sexuelle, ne savaient pas où se trouvaient les cliniques de santé sexuelle ou quels étaient les avantages d'un dépistage précoce. De plus, 1 africain HSH à haut risque d'infection n'avait pratiquement aucune connaissance en santé sexuelle. Cela allait de pair avec un niveau d'éducation très faible parmi tous les jeunes hommes qui se sont présentés au centre de dépistage itinérant. Une utilisatrice de drogue par injection dont l'hépatite C était connue avait très peu de connaissances et une compréhension faible de son état ou de la manière de le gérer ainsi que très peu de connaissances sur les risques du VIH ou des avantages d'un dépistage précoce. Toutes ces personnes ont été renvoyées pour un bilan de santé sexuelle tout de suite après le test VIH. Une visite programmée dans une autre partie de Gravesham a dû être annulée le 13 novembre à cause d'une panne mécanique du bus, ce qui est regrettable.

5.6 Résultat des visites à Canterbury (Kent)

Canterbury a permis également d'effectuer 7 tests de dépistage du VIH, 4 pendant une visite en bus de l'hypermarché Asda, à proximité d'une caserne militaire, à la périphérie de la ville, et 3 pendant que le bus était garé à l'extérieur de la principale gare des bus de Canterbury dans une zone à fort passage également. Aucune des personnes vues, ce qui inclut deux femmes à très faible risque, n'avait pris le test auparavant, et par rapport à la plupart des zones, les personnes qui se sont présentées pour un test représentaient un risque faible ou très faible. L'un des femmes était une utilisatrice de drogue par intraveineuse. Elle a été renvoyée pour un bilan de santé sexuelle complet avec d'autres personnes, en plus du test de dépistage. Elle a également reçu des conseils sur le risque élevé d'hépatite C. Trois HSH dont un homme bisexuel à haut risque se sont présentés à la clinique, mais tous les trois avaient déjà pris le test régulièrement en harmonie avec les directives, ce qui était encourageant. Dans l'ensemble, les visiteurs des deux sites de Canterbury vus le même jour présentaient un risque faible, mais il est regrettable que le City Council n'ait pas autorisé la clinique à se garer dans le centre ville où le passage était bien plus important. On pensait notamment aux centaines d'étudiants et aux visiteurs venus de l'étranger qui chaque jour auraient permis à l'équipe d'obtenir beaucoup d'autres tests et de prendre contact avec des membres du public exposés à un risque élevé. Cependant, il était encourageant de constater qu'au moins une des personnes ayant visité la clinique (un donneur de sang régulier) avait recherché une opportunité locale de ce genre car il avait entendu parler du projet et du centre itinérant à la radio.

5.7 Résultat des visites à Sevenoaks (Kent)

Comme pour les données d'entrevue avec les professionnels de la santé et les patients de la phase 1 de l'étude (O'Connor et al., 2014a), il était évident que la plupart des personnes qui virent l'équipe de Sevenoaks, une ville de banlieue prospère à l'ouest du Kent, ne considéraient pas que le VIH était un problème pour elles ou dans leur ville. Cela rappelle étrangement la déclaration d'un médecin généraliste de Sevenoaks qui pendant les entrevues de la phase 1 avait déclaré : « *Il n'y a pas de VIH à Sevenoaks* ». De même, le personnel de METRO qui travaillait à la clinique a noté que les visiteurs de la ville avaient tendance à répondre qu'ils n'étaient pas concernés et que leur attitude était naïve étant donné la proximité de la ville avec Londres (haut lieu de prévalence au Royaume-Uni) et son excellent réseau de transport. La prévalence du VIH dans la ville est faible, en effet, plus faible que dans beaucoup d'autres zones, avec un taux de 0,64/1000 selon un audit du West Kent de 2009, mais n'est néanmoins pas négligeable. Un seul HSH à risque s'est présenté pour le test pendant la visite, mais il avait déjà l'habitude du test et n'en avait donc pas besoin. La plupart des personnes qui se sont rendues à la clinique pensaient qu'il s'agissait de récolter de l'argent pour les patients atteints du VIH dans d'autres pays, et bon nombre d'entre eux ont offerts des dons à l'équipe de METRO lors de leur visite.

5.8 Raisons de la participation du public à la clinique de dépistage du VIH

Le centre de dépistage de METRO était soutenu par une campagne de santé publique et de sensibilisation sur les médias sociaux gérée par Wendy Jeffreys du Kent County Council et organisée par l'entreprise de marketing social Big Plan Group. Les activités de la campagne consistaient principalement en un site spécialement conçu pour la campagne et hébergé sur les pages santé du Comté, une page Facebook, un compte Twitter, hashtag et une stratégie de mailing direct, avec distribution de posters et de prospectus dans plusieurs sites dans la région. Les chaînes de radio et de télévision locales ont également été contactées. Elles ont alloué un temps d'antenne considérable à la

campagne durant le mois précédant la journée mondiale sur le SIDA, le 1 décembre 2014. La campagne s'est articulée autour de la simple question suivante : « Êtes-vous à risque ? ». Pour évaluer la réussite de cette stratégie, le personnel de METRO a récolté des données de la part de chacun des visiteurs du centre itinérant sur leurs motifs. Au moins 10 personnes ont accédé aux pages de la campagne pour savoir où se procurer un test et 7 l'ont visité en entendant parler dans les spots radio, ce qui inclut deux patients du groupe communauté noire africaine/minorités ethniques (1 chinois et 1 noir africain). Au moins 5 personnes sont venues ce jour-là après avoir vu l'un des nombreux posters sur la campagne dans la région, ce qui inclut deux autres patients de la communauté noire/minorités ethniques. Les autres ne pouvaient pas se souvenir de la campagne, mais avaient été influencés de manière subliminale par les posters, les entretiens à la radio, les publicités et les autres médias sociaux qu'ils avaient vus ou entendus. D'autre part, 41 personnes se sont rendues au centre de dépistage itinérant sur le conseil d'amis, de collègues, de leur famille ou d'autres personnes et pourraient avoir été influencés par les nombreux messages de la campagne pendant cette période.

Figure 6 : Photos des membres de l'équipe Tom Molloy et Mun-Yee Tung pendant une campagne « Blue bus », à Cecil Square, Margate (Kent) le 25 novembre 2014



5.9 Évaluation des résultats de la campagne de dépistage du VIH dans le Kent et le Medway

Les prétentions de l'organisme METRO selon lesquelles il serait capable d'atteindre les personnes « suspicieuses des services » parmi lesquelles les jeunes hommes qui n'auraient pas sans cela accès aux services de dépistage principaux ou aux soins de prévention sont confirmées par les données. En effet, 65 % d'hommes, 34 % de femmes et 1 % de transsexuels ou autres (1 personne pour chaque catégorie) ont participé à la campagne de dépistage. Bon nombre d'entre elles n'avaient jamais demandé de test de VIH auparavant, en dépit de leurs facteurs de risque qui étaient faibles, modérés, voire très élevés. Le personnel de proximité a sans aucun doute joué un rôle significatif dans la réussite de la campagne puisque 123 personnes au moins ont visité le centre de dépistage itinérant (qui est toujours connu sous le nom de « Bus bleu » bien qu'en fait, le dernier bus soit blanc) après avoir été contacté par leurs travailleurs de proximité dans le voisinage du centre de dépistage. Bon nombre s'y sont rendus après avoir reçu une carte d'invitation imprimée spécialement pour la campagne (illustrée à la Figure 4 ci-dessus). La grande majorité des 163 personnes testées (82,3 %) étaient britanniques, hétérosexuels ou célibataires, mais actifs sexuellement (140 ou 70,7 %). Quarante-vingt (30 %) avaient eu 2 partenaires ou plus pendant les 12 derniers mois. Seize (8,1 %) étaient inquiets du VIH d'un ancien partenaire ou partenaires et 10 (5,0 %) étaient inquiets des risques spécifiques qu'ils avaient pris récemment. Le même nombre savait que leur partenaire était séropositif.

Un nombre étonnamment élevé (57 ou 29 %) de personnes ayant visité le centre de dépistage avait eu un partenaire ou avait un partenaire né à l'étranger tandis que 13 (11 %) avaient payé pour avoir une relation sexuelle ou avaient vendu des services sexuels. Coté représentativité, bien que cet incident fût en dehors du contrôle de l'organisation, il faut regretter une panne mécanique qui a empêché le bus de se rendre dans le Medway qui représente 22 % des tests entrepris pendant la campagne (Figure 7). De même, en termes d'âge, la campagne a attiré plus de jeunes que de personnes d'âge mûr. 74 % des visiteurs avaient moins de 40 ans. Cette fraction n'est pas représentative de la population à risque selon les données cliniques récoltées pendant la phase 1 de l'étude pour laquelle 40 ans est l'âge moyen (19-81 ans) pour un diagnostic d'après les données cliniques de la période de 5 ans pris en compte (O'Connor et al., 2014a) ou les chiffres obtenus centralement pour la Picardie qui indiquent que la cohorte 40-49 ans est la plus exposée à un diagnostic séropositif (32 % de tous les diagnostics). D'autre part, les données cliniques obtenues pendant la phase 1 de l'étude menée au Royaume-Uni décrivent une tendance bi-modale avec des pointes à 38 ans pour le premier test de dépistage VIH, et, là encore, à 43 ans, une tendance très différente par rapport aux données METRO de la Figure 8 ci-dessous. Tandis que le centre de dépistage itinérant réussit à attirer les jeunes pour un test rapide et répondre à des besoins ou des préoccupations sur leur santé sexuelle, il ne semble pas avoir eu autant de succès auprès des personnes plus âgées pour qui l'approche est visiblement moins adaptée.

Figure 7 : Pourcentage des personnes testées dans chaque site pendant la campagne de dépistage du VIH en centre itinérant (n=198)

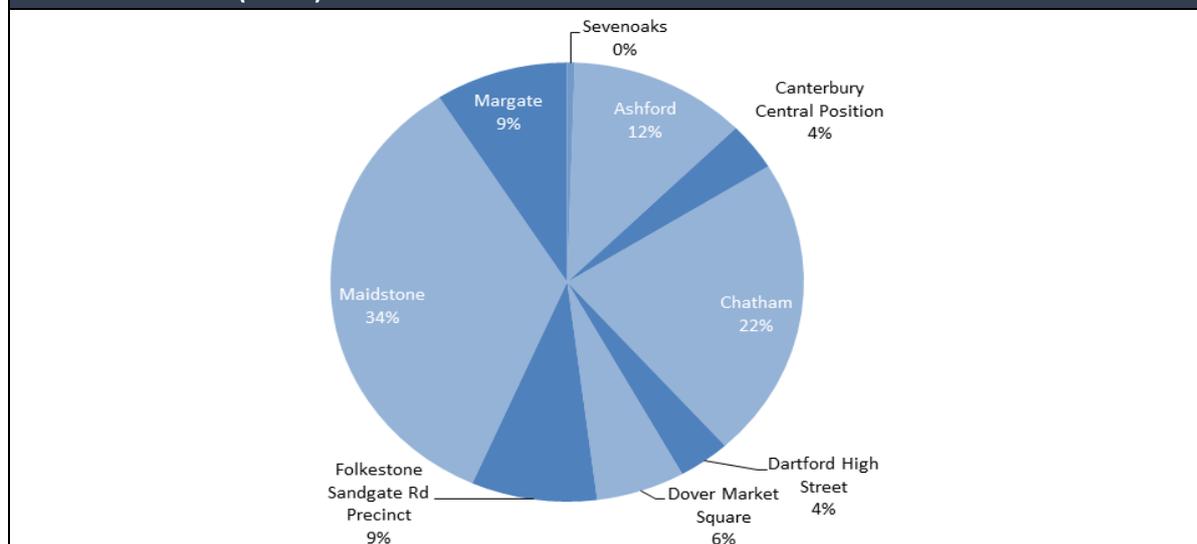
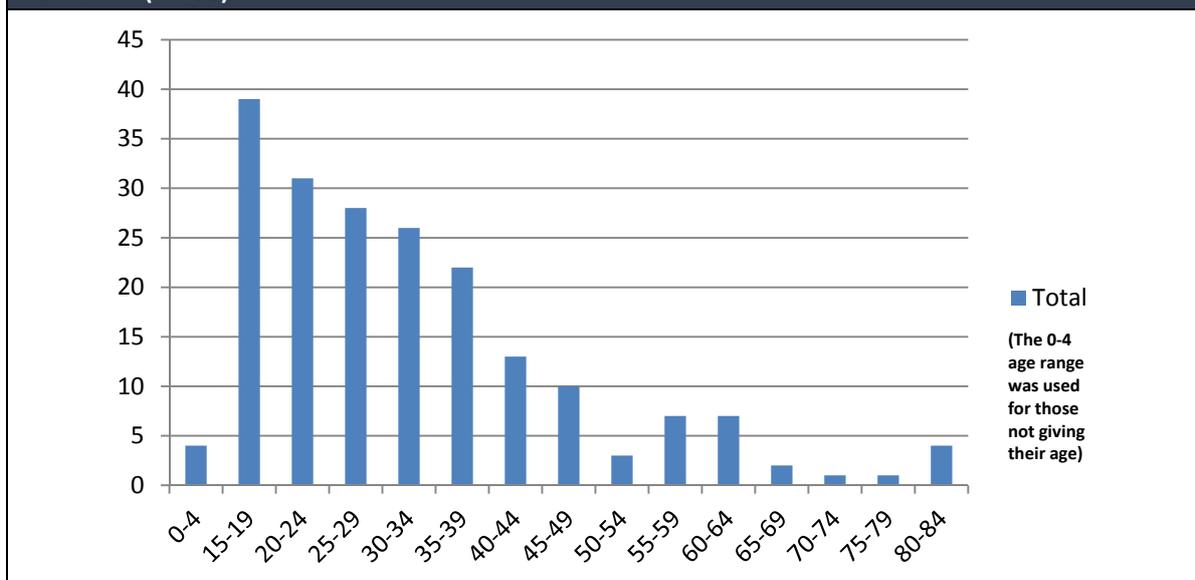


Figure 8 : Distribution des âges des personnes testées pendant la campagne de dépistage itinérante VIH de METRO (n=198)



5.10 Impact de la campagne de dépistage effectuée à Maidstone et dans le Tunbridge Wells NHS Trust

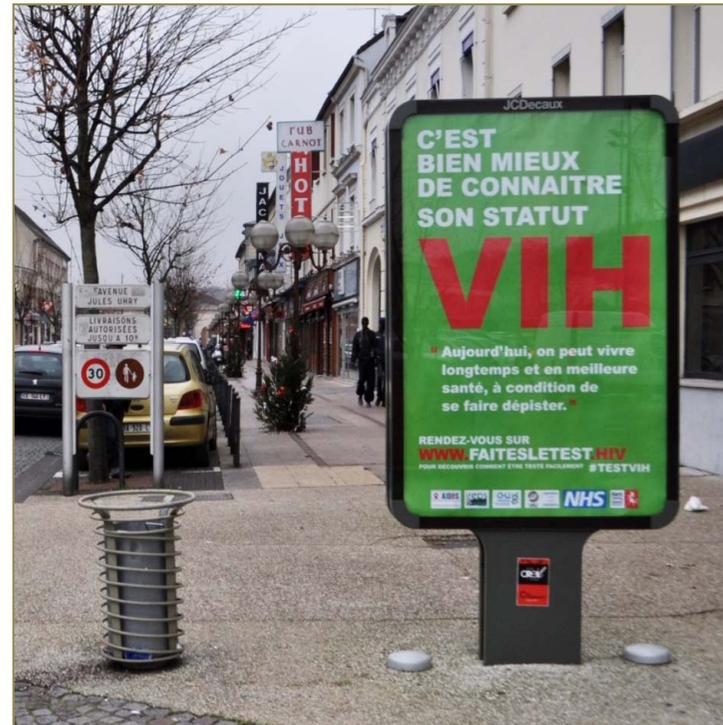
Le « bus bleu » avait été utilisé comme centre de dépistage itinérant dans les zones à fort passage pendant la semaine de dépistage nationale en préparation de la journée mondiale de lutte contre le SIDA, en particulier à Maidstone et à Tunbridge Wells, et dans les zones couvertes par le Kent Community Health NHS Foundation Trust. En plus du centre de dépistage itinérant de METRO organisé dans le cadre du projet, les campagnes de proximité de Maidstone et de Tunbridge Wells NHS Trust en 2014 ont eu pour résultat un plus grand nombre de tests que l'année précédente. Le projet a sans doute profité de l'intérêt et de la publicité générée par les médias sociaux ainsi que la campagne de santé publique de haute tenue organisée pour le projet. Par exemple, le nombre de dépistages sur le lieu de soins organisé par la clinique de santé sexuelle GUM à Maidstone et Tunbridge Wells NHS Trust pendant la semaine de dépistage du VIH nationale du 24 au 29 novembre 2014 a doublé pendant la même période en 2013 (249 points d'intervention contre 121) tandis que le nombre de tests sérologiques a augmenté de 92 à 116 pendant la même période. Ces dépistages s'ajoutent aux tests entrepris dans la zone de Maidstone par l'équipe METRO.

5.11 Campagne itinérante de dépistage du VIH en Picardie

L'objectif était initialement d'organiser un centre de dépistage itinérant en Picardie (Amiens et Creil), mais cela ne s'est pas avéré possible compte tenu du manque de véhicules adéquats et d'un manque de personnel médical qualifié et disponible pour entreprendre le dépistage de proximité. L'équipe française a donc décidé de se concentrer sur la promotion du dépistage HIV, en particulier parmi les minorités ethniques et sexuelles avec le personnel AIDES qui était responsable de fournir des conseils avant le test et un dépistage rapide au centre d'Amiens. L'IREPS Picardie (Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé Picardie) était responsable de la traduction des supports utilisés pendant la campagne de santé publique et de médias sociaux, de la conception et de la distribution des posters et des prospectus dans les zones de passage important (telles que les gares ferroviaires et de bus) et d'un certain nombre de bus. Au moins 346 personnes ont contacté AIDES après avoir vu le poster de la campagne et les autres par le site dédié www.faitesletest.hiv et se sont rendues au centre AIDES d'Amiens, au Centre de Prévention des Maladies Transmissibles à Amiens et au Groupe Hospitalier Public du Sud de l'Oise, à Creil, ainsi que les sites de Compiègne, Abbeville et

Beauvais (bien que ces villes se trouvaient en dehors des limites de la zone d'étude limitée définie) avec des liens vers les pages Facebook et Twitter.

Figure 9 : Photos des bus et des arrêts de bus affichant le poster annonçant un dépistage dans les zones d'Amiens et de Creil en Picardie (France)



6.0 Campagne sur les médias sociaux

Comme nous l'avons évoqué ci-dessus, les campagnes de dépistage du VIH pendant l'automne 2014 étaient appuyées par une campagne sur les médias sociaux dans les deux pays afin de sensibiliser le public au projet. Les objectifs sont d'encourager les personnes exposées au risque de contracter le VIH à se faire dépister. En France, cette campagne utilise une page Facebook (www.faitesletest.hiv) à l'initiative de AIDES Nord Pas de Calais/Picardie et une page Web dédiée développée en conjonction avec un autre organisme caritatif de lutte contre le VIH, Séronet. Ces pages contenaient des liens vers les pages Twitter et Facebook de AIDES, en plus des publications dans la presse écrite et médicale locales. Au Royaume-Uni, le site Web de la campagne « Êtes-vous à risque ? » était gérée par le Big Plan Group sous la direction de Wendy Jeffreys du Kent County Council et comportaient des pages Web similaires dédiées avec des comptes Twitter et Facebook. Le Big Plan Group a également développé une stratégie média pour mettre en avant le projet et la campagne de dépistage du VIH en particulier dans les supports médias imprimés, la radio et la télévision.

6.1 Pages Web des partenaires IMPRESS

Le gestionnaire Google analytics a été installé pour analyser les pages Web de la campagne élaborée pour le Kent County Council par le Big Plan Group pendant la campagne de santé publique et sur les médias sociaux du 1^{er} au 30 novembre 2014 qui a précédé la journée mondiale de lutte contre le SIDA. Google analytics indique qu'il y a eu 4012 pages vues pour 1676 sessions. Des ces pages vues, 809 (48,27 %) ont été consultées à partir d'un téléphone mobile, 659 (39,32 %) à partir d'un ordinateur de bureau et 208 (12,41 %) à partir d'une tablette. Près de trois-quarts de ces visites, notamment 1 238 ou 3,87 % étaient des gens qui n'avaient pas eu accès à l'information publiée sur le site Web du Kent County Council auparavant. Ces utilisateurs ont consulté en moyenne 2,39 pages par session pour une durée moyenne de 2 minutes par visite et 189 (11,28 %) clics sur le bouton « Faites le test » qui donnait plus d'informations sur les services de dépistage et les liens suivants de cette page jusqu'à la fin de la recherche. Les adresses ISP au Royaume-Uni représentaient 1538 (91,77 %) des visites du site et, bizarrement 42 (2,51 %) venaient d'Inde, 35 (2,51 %) des États-Unis et 18 (1,07 %) d'Espagne. Il y avait également un petit nombre de visites de France, d'Australie, d'Irlande, des Pays-Bas et de Suède, bien que l'on ne sache pas pourquoi ces utilisateurs ont accédé au site. Cependant, on sait que la publication du rapport de phase 1 a fait les titres des journaux nationaux et internationaux, en particulier sur le site de la communauté Gay « Pink News » (<http://www.pinknews.co.uk/home>) qui a des lecteurs internationaux, et sur la radio locale et le bulletin d'informations télévisé BBC South East Today qui a mentionné le rapport dans une partie relativement ombragée du site BBC générique.

Parmi les 347 personnes qui ont accédé au site à partir d'autres sites Internet, 247 (71,18 %) l'ont fait par le biais de KentOnline (<http://www.kentonline.co.uk>). 43 (12,3 %) venaient de KMFM (Kent and Medway radio) qui a consacré pas mal de temps d'antenne à la campagne avec ses tribunes téléphoniques (<http://www.kmfm.co.uk>). 41 (11,82 %) venaient des autres parties du site Web du Kent County Council, 10 (2,88 %) de la plateforme Média (<http://www.kccmediahub.net>) et 5 (1,44 %) du site Web du journal régional Canterbury Times (<http://www.canterburytimes.co.uk>). Sur les pages les plus consultées en cliquant sur un nouveau bouton, les pages désignées « Your Clinic » (525 clics ou 16,15 % des 4012 pages vues), Blue Bus (332 clics ou 10 %) et « HIV Facts » (254 ou 7,48 %) étaient les plus populaires. Des téléchargements étaient disponibles à partir de ces pages pour des informations complémentaires telles que les cartes ou les coordonnées. Les informations détaillées des 31 cliniques et d'autres lieux où le test de dépistage du VIH était disponible ont été consultées pendant le mois de la campagne sur les médias sociaux, ce qui représente 206 téléchargements individuels pour ces centres. Parmi ces informations, 25 téléchargements de la clinique Vicarage Lane à Ashford, 18 pour la clinique Gate à Canterbury et 15 pour le Centre de santé de Douvres, jusqu'aux caractéristiques uniques concernant le nouveau Centre de santé de Romney et de Sheppey Community Hospital qui sont tous deux des zones semi-rurales alors qu'il y avait d'autres centres sont disponibles entre ces centres-là.

Les pages spécialement dédiées opérées par Séronet pour le compte d'AIDES Nord Pas de Calais/Picardie dans le cadre du projet IMPRESS en France ont été consultées par 1416 adresses ISP uniques pendant la campagne, mais le détail de ces chiffres n'était pas disponible à l'époque de la rédaction de ce rapport. Cela se rapproche du nombre d'utilisateurs ISP du site « Are you at risk? » au Royaume-Uni qui a reçu 1676 personnes pendant la campagne.

6.2 Pages Facebook des partenaires IMPRESS

Au cours du mois précédant la journée mondiale sur le SIDA du 1^{er} décembre 2014, la campagne du site Web a reçu 1254 visiteurs uniques qui ont consulté 4012 pages. Près des trois quarts (73,9 %) n'avaient jamais accédé aux pages de santé publique du Kent County Council auparavant alors que 26,1 % étaient des retours. 1/5ème (21,5 %) sont arrivés sur les pages suite à une recherche directe sur la campagne à l'aide d'un des mots clés associés au projet et à la campagne « Are you at risk? ». Un peu moins (20,7 %) ont été renvoyées par d'autres sites. 23,1 % sont arrivés par le biais de recherches payantes, 16,6 % étaient des recherches organiques, 16,6 % par le biais d'autres liens de médias sociaux tels que Facebook (146 vues), Twitter (44 vues) ou StumbleUpon (2 vues). Il est intéressant de constater que 209 vues étaient dues aux liens de l'entreprise de presse locale KentOnline. 37 ont été renvoyés par le site Web de la station de radio KMFM, 26 par les pages Web du Kent County Council, 5 des sites Web du journal local gratuit et 8 de la plateforme média Kent County Council.

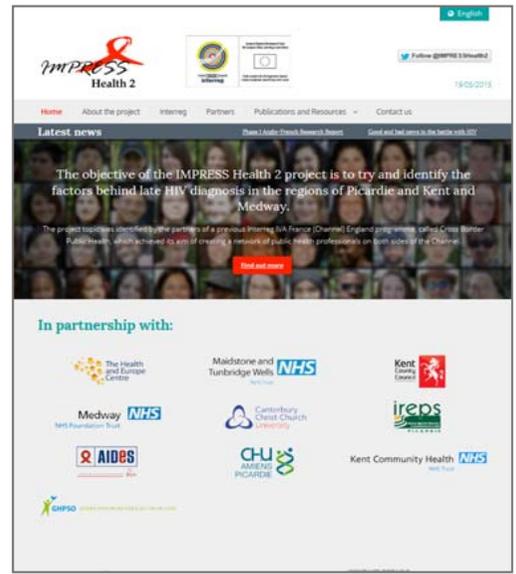
Les pages Facebook « Are you are risk? » mises au point pour le projet ont reçu 159 « j'aime ». Les statistiques de publicité indiquent que la publicité a attiré 158 liens pour une audience de 18 335 personnes. Parmi ceux qui ont aimé la page, 47 % étaient des femmes et 53 % des hommes. Comme l'on peut s'y attendre, la plupart des « fans de Facebook » se trouvaient au Royaume-Uni (152), mais 2 aux Etats-Unis et 1 pour chacun des pays suivants : Italie, Pakistan, Philippines, Jamaïque et l'Inde. La langue maternelle qui prédomine chez les « fans » est l'anglais (148) mais 3 profils appartenaient à des gens de langue portugaise. Il y avait également 1 russe, 1 roumain, 1 espagnol, 1 polonais, 1 italien, 1 arabe et 1 grec. Plusieurs nouveaux articles étaient publiés chaque jour pour créer l'intérêt pour le site, et les lieux des centres de dépistage itinérant, avec des liens vers les autres articles de presse du NHS et de Public Health England ainsi que des liens vers des mentions de la campagne dans les médias, la télévision et la radio. Les pages Facebook restaient assez actives avec des commentaires réguliers, des « j'aime » et des « partager » venant du site. En France, 408 personnes ont consulté la page AIDES Nord Pas de Calais/Picardie après avoir consulté le site Web dédié www.faitesletest.hiv ou le poster de la campagne dont nous avons déjà discuté.

6.3 Comptes Twitter des partenaires IMPRESS

Les pages Facebook « Are you are risk? » dans le Kent et le Medway ont gagné 248 « abonnés » en réponse à un total de 84 tweets pendant la campagne. Comme on s'y attendait, les heures de pointe pour la lecture ou le « retweetage » de commentaires sont le petit-déjeuner, le déjeuner, le début ou la fin de soirée entre 6 et 8 heures, 11 heures, entre 14 et 16 heures et 20 et 23 heures. Les principaux abonnés de la campagne étaient le service de conseils sur le VIH, *Bloomsbury Network*, Tunbridge Wells Council, Public Health England Kent, Sussex et Surrey, NHS Medway Clinical Commissioning Group, NHS Kent Community Health Trust, Maidstone and Tunbridge Wells Hospitals, Deutsche AIDS Life, Dublin AIDS Alliance, News on Scotland, HIVGuidelines.org, HIV Advocates, ANAC Nurses, Saving Lives UK, the BBC health correspondent Mark Norman, Opt-in for life, Beyond Positive Magazine, Better to Know, Mayfair Nurses, The Ribbon Fund, The Gay UK Magazine, Positive Life, TAG HIV Service et Metro Charity entre autres. Les publicités les plus fréquentées en termes de clics et de conversions étaient : Free HIV Check, Same Day HIV Check, Discrete HIV Check, 60 Second HIV Test, It's Better to Know et Get Tested. Le taux de conversion (du bouton « Get tested » ou la carte du centre de santé sexuelle et les coordonnées) est de 53,49 %. Les publicités les plus converties utilisaient les mots clés « HIV » et « Test ». Il y avait moins de trafic Twitter en France qu'au Royaume-Uni, car Twitter est moins utilisé en France, en tous cas, parmi les communautés noires africaines/minorités ethniques qui sont le point focal des préoccupations relatives au dépistage tardif.

Figure 10 : Pages échantillon des sites Web IMPRESS lors de la campagne média social en France et au Royaume-Uni

Figure 11 : Échantillons des pages Facebook du Kent et de Medway, couverture IREPS de la conférence de clôture IMPRESS Health 2 de Canterbury 2015, informations sur le site Web du projet AIDES et page d'accueil du Centre de santé européen identifiant chacun des partenaires du projet



6.4 Campagnes radio des partenaires du projet

La campagne sur les médias sociaux menée par les partenaires pendant la phase d'intervention du projet illustrée aux Figures 10 et 11 ci-dessus était renforcée par des campagnes sur la radio, dans la presse écrite et si possible des campagnes télévisées. Dans le Kent et à Medway, ces campagnes avaient été facilitées par le Big Plan Group, bien que les partenaires de projet individuels aient également participé en fournissant des informations et des conférenciers pour les campagnes sur la radio, à la télévision et dans la presse écrite. Le Big Plan Group a organisé une couverture radio du projet qui était importante (Radios locales dans le Kent et Medway), ce qui inclut 4 émissions « forum médicaux » d'une heure où les invités vedette sont venus discuter du VIH et répondre aux questions des auditeurs. Une publicité de 30 secondes ou « Jingle » a permis de souligner les avantages d'un dépistage précoce et a été diffusée 18 fois entre 06 h et 23 h 45 chaque jour du lundi 1^{er} au 9 novembre. Au cours de la semaine suivante, 9 jingles promotionnels de 30 secondes ont été diffusés de 06 h à 19 h du lundi au jeudi avec 4 programmes d'une heure et 9 jingles de 30 secondes entre 21 h et 22 h du jeudi au vendredi de cette semaine, avec 18 jingles diffusés du samedi au dimanche entre 06 h et 23 h 45. Pendant la semaine du 17 novembre jusqu'à la semaine nationale de dépistage du VIH, des jingles supplémentaires de 30 secondes ont été diffusés 16 fois par jour entre 06 h et 23 h 45 du lundi au mardi. Chacun des programmes d'une heure fut répété dans la fenêtre 21 h 00 à 22 h 00 du lundi 17 au jeudi 25 novembre 2014. On a également utilisé des jingles sur une autre station radio « HeartFM » jusqu'à un maximum de 10 fois par jour et un minimum de 9 fois par jour entre le samedi 1 novembre et le mercredi 26 novembre 2014. Ils ont également travaillé avec l'équipe du journal de chaque station pour garantir une couverture du projet, des résultats de la phase 1 au Royaume-Uni et des rapports IMPRESS anglo-français (O'Connor et al., 2014a, 2014b) diffusés dans les bulletins d'actualités. Des actualités sur les différents programmes ont également été tweetées aux abonnés/fans/auditeurs du compte KMFM dont bon nombre d'entre eux ont retweeté. Si l'on tient compte de l'audience de la radio KMFM et de la fréquence des jingles/programmes, on estime que le projet aurait été mentionné 3571 fois pendant la période de promotion.

6.5 Campagnes dans la presse écrite gérée par les partenaires du projet

Dans le Kent et le Medway, le Big Plan Group a travaillé avec le groupe de presse locale « KM Newsgroup » pour s'assurer que le projet serait couvert par la presse écrite de toutes les régions, ce qui inclut *The Canterbury Times*, *The Folkestone and Hythe Express*, *The Sheerness Times Guardian*, *Sittingbourne News Extra*, *Thanet Extra*, *The Kentish Gazette*, *The Kentish Express*, *The East Kent Mercury*, *The Gravesend and Dartford Messenger*, *The Kent Messenger* et *The Medway Messenger* entre le 3 novembre 2014 et le 21 novembre 2014, avec des versions en ligne des journaux et de leurs pages Facebook associées. Cela comprenait également une couverture intensive de la campagne sur le portail KentOnline (<http://www.kentonline.co.uk>). Un quart de page, pleine couleur en noir, blanc et rouge de la campagne « Are you at risk? » a été imprimé dans chacun des journaux pendant 3 semaines à partir du 3 novembre 2014 avec une circulation moyenne de 128 980 copies et un lectorat estimé à 361 144 personnes. Le projet a également été porté à l'attention des lecteurs du journal en ligne de la communauté LGBTQ, *Pink News*, qui a permis de faire connaître les résultats du projet de phase 1 et de la campagne de dépistage jusqu'au Canada, aux États-Unis et en Australie, en plus du Royaume-Uni. Un article publiant les principaux résultats de l'étude le 23 novembre 2014 a été partagé plusieurs fois par les lecteurs de *Pink News* sur leurs pages Facebook. Les détails de ces informations ont également été repris et couverts dans les ressources en ligne des professionnels de la santé sur *MedicalXpress* (<http://medicalxpress.com>) ainsi que dans le programme d'actualités de la chaîne *Meridian Tonight* le 25 novembre 2014 et le programme d'actualités de la BBC, *South East Today* le 20 novembre 2014 avec une couverture significative sur les pages Facebook (Figure 12).

En Picardie, les partenaires du projet IREPS, AIDES et le Centre Hospitalier Universitaire Amiens ont été impliqués dans la production et la publication de nombreux articles de presse à destination d'une grande variété de journaux et de médias imprimés, ce qui inclut le journal non spécialisé *La Vie en Métropole*, le journal de santé *Cahier Spécial Santé* et un journal pour les spécialistes de la santé publique *IEPS Infos*. Des communiqués de presse ont également été envoyés aux autres médias imprimés et diffusés pour mettre en avant les résultats du rapport de la phase 1 et faire la publicité de la campagne de dépistage VIH et des sites Web où l'on pouvait trouver les lieux et les sites de dépistage (Figure 13 ci-dessus).

6.6 Action politique

Dans le cadre de la campagne sur les médias sociaux et la campagne de dépistage du VIH et de santé publique, plus de 120 copies du rapport de phase 1 rédigés en langue anglaise ont été envoyées par les partenaires de Canterbury Christ Church University à chacun des 19 membres du parlement (MP), au membre du parlement européen représentant Kent et Medway, ainsi qu'au Président du conseil d'administration de l'autorité administrative locale, l'autorité de santé stratégique et les groupes de services cliniques (service de santé) de la région. Des copies ont également été envoyées à chacun des diffuseurs (presse écrite, radio et télévision), aux différents ministères gouvernementaux, ce qui inclut le Secrétaire d'État pour la santé, les responsables des Comités des infirmières et des professionnels médicaux, les organismes caritatifs locaux et nationaux de lutte contre le VIH ainsi que les services d'orientation tels que HACO, Public Health England et les groupes professionnels tels que le Royal College of Nursing, le Royal College of Surgeons, le Royal College of GPs et d'autres conseils parmi lesquels le General Medical Council, Public Health England, Health Education England, etc. Ces copies étaient accompagnées d'une lettre suggérant des actions plus fortes afin de combler les lacunes actuelles dans la formation et l'éducation des professionnels de la santé au moyen de programmes de formation pré-qualifiants. Le membre du parlement européen pour le Kent et le Medway avait programmé une visite du centre itinérant pendant la campagne, mais la réunion a dû être annulée à cause de l'élection des représentants du parlement dans la région (Rochester et Strood) qui s'est tenue la même semaine.

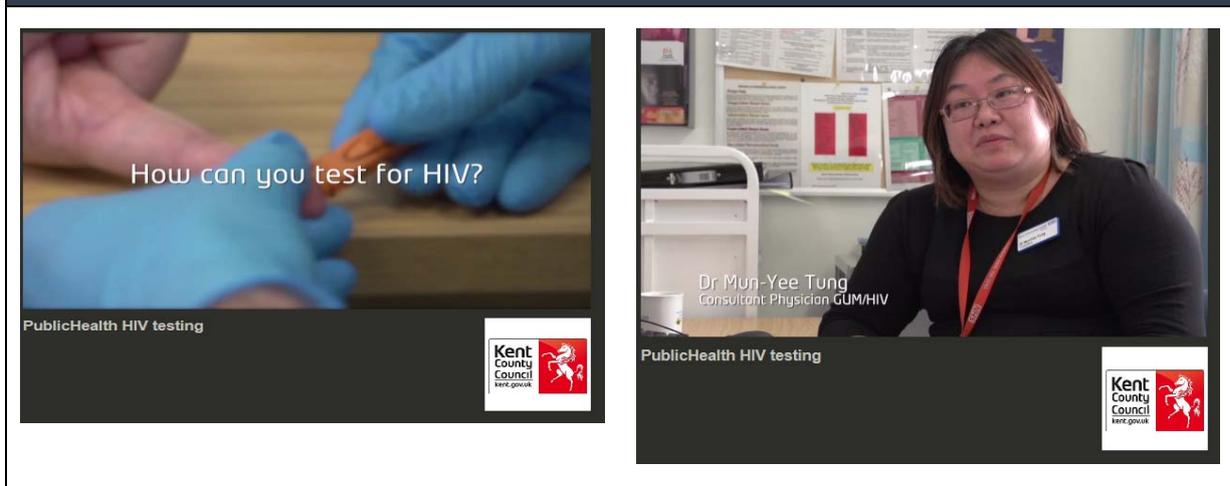
7.0 Éducation et sensibilisation parmi les professionnels de la santé

L'un des principaux facteurs associés au manque de compréhension relatif au dépistage du VIH et au taux de présentation continuellement faible identifié pendant la phase 1 de l'étude était le manque de connaissances et/ou d'attention accordée par les médecins généralistes et les autres professionnels de la santé, ce qui inclut les médecins présents dans les environnements aigus (secondaires). L'amélioration des connaissances et la sensibilisation des acteurs aux besoins des personnes craignant d'avoir été exposées au VIH ont été clairement identifiées comme des priorités dans les données de France et du Royaume-Uni lors de la phase 1 de l'étude et cela est confirmé par la littérature disponible sur ce sujet. Il a été convenu qu'en plus des campagnes sur les médias sociaux, de santé publique et de dépistage du VIH, les principaux cliniciens du VIH de chaque projet développeraient et dispenseraient des cours de rappel aux médecins généralistes et autres professionnels de la santé dans le cadre de sessions de formation continue. Au Royaume-Uni, le contenu de ces sessions a été développé par le docteur Mun-Yee Tung (Kent Community Health NHS Foundation Trust), le Dr Lesley Navaratne (Maidstone and Tunbridge Wells NHS Trust) et le Dr Rajesh Hembrom (Medway NHS Foundation Trust) qui ont également fourni cette formation. En Picardie, les formations étaient conçues par le Professeur Jean-Luc Schmit du Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens et le Dr Philippe Lorenzo en harmonie avec le contenu de santé publique de l'IREPS. Les sessions ont été développées en collaboration de manière à adresser entièrement les besoins de groupes de clients spécifiques, mais toutes contenaient les informations suivantes :

- Données démographiques, prévalence et facteurs de risque
- Indicateurs cliniques du VIH
- Informations permettant de démystifier certaines idées reçues sur le VIH et le dépistage
- Mis à jour des types de tests VIH disponibles
- Présentations d'études de cas sur les opportunités de dépistage manquées
- Informations sur les aiguillages et les autres services VIH

Au Royaume-Uni, on a également conçu une courte vidéo de 6 minutes et 42 secondes à l'attention des professionnels de la santé. Dans cette vidéo, une foire aux questions était dirigée par le Dr Mun-Yee Tung sur le thème du dépistage du VIH. La vidéo a été publiée sur le site « Vimeo » ainsi que dans les pages santé du site du Kent County Council. La Figure 14 ci-dessous montre deux « clichés » tirés de la vidéo visible sur <http://vimeo.com/kentcountycouncil/review/111395925/235fdced18> et qui est une ressource permanente pour les cliniciens et autres professionnels soucieux d'en savoir plus sur le dépistage du VIH.

Figure 14 : Vidéo accessible aux professionnels de la santé



Quatre sessions de formation ont été délivrées par le Dr Mun-Yee Tung et le Dr Lesley Navaratne courant septembre 2014. Ces sessions ont été menées sous les auspices du Kent County Council qui a sponsorisé une journée de formation sur la santé sexuelle et la contraception longue active et réversible avec partage de l'information entre les participants à la fin des quatre jours à Tunbridge Wells, Ashford, Gravesend et Margate. Au total, 144 médecins et infirmières praticiennes ont participé aux sessions. 108 des 144 participants ont renvoyé les formulaires d'évaluation avec des commentaires étaient extrêmement positifs. Les participants ont pensé que les présentations sur le VIH étaient encourageantes et intéressantes, bien que nombreux sont ceux qui auraient voulu plus de temps pour discuter des questions de dépistage, en suggérant une journée de formation distincte. La plupart ont trouvé que le contenu était pertinent et informatif, et ont félicité les conférenciers pour la qualité du contenu avec des commentaires tels que : « *Un bon topo sur le VIH. J'ai pris conscience de l'importance du dépistage et que je pouvais en faire plus* », « *Très intéressant et éducatif* », « *Mes connaissances ont été renforcées et j'ai trouvé que c'était informatif* ». « *C'était très bien et j'ai pu élargir mes connaissances* » et « *C'était excellent. J'ai beaucoup appris.* »

Le Dr Tung a dispensé une session supplémentaire pour les jeunes médecins en stage à l'hôpital et les étudiants en médecine de l'hôpital Queen Elizabeth the Queen Mother, à Margate. Ces formations ont attiré 5 participants dont des étudiants en médecine. Sur les 4 retours de cette formation, tous ont trouvé la formation « excellente » et ont déclaré qu'elle était utile notamment quant aux rôles : « *Bonne présentation, intéressante, très éducative, et claire, merci.* » tandis qu'un autre commentaire disait : « *Très utile Excellent – merci !* ». Sur les 6 personnes qui ont participé à une session similaire à l'hôpital de Canterbury, 5 ont renvoyé leur formulaire d'évaluation et ont qualifié le contenu éducatif et la formation d'excellents. Deux participants ont trouvé que le contenu était « *très utile* » dans leurs rôles actuels. En outre, le personnel du trust a organisé un forum de formation supplémentaire à l'attention des médecins qui a attiré environ 25 médecins généralistes et infirmières praticiennes. Là encore, l'exposé a reçu des commentaires très positifs. L'un des médecins généralistes qui a participé à la session a plébiscité la qualité de la formation et l'impact qu'elle a eu sur sa pratique clinique par la suite, à la conférence de clôture du projet, à Canterbury, courant mars 2015. Des sessions similaires ont été dispensées dans le West Kent par le Dr Lesley Navaratne.

Trois sessions supplémentaires ont été dispensées dans le Medway et à Swale (un arrondissement du Kent, près de Medway) par le Dr Rajesh Hembrom. Une journée de *formation médicale continue* a

attiré environ 50 médecins et un autre cours du soir s'est tenu dans le cadre d'une mise à jour plus élargie sur les questions de santé publique organisées par les autorités de santé publique du Medway Council qui a attiré 15 médecins généralistes supplémentaires. Une troisième journée a permis de former des médecins stagiaires qui venaient de débiter leur carrière dans le secteur de soins primaires à un moment optimal pour insuffler les connaissances et les compétences requises de la part des médecins généralistes dans leur rôle de dépistage du VIH. Le Dr Hembrom a également inclut le dépistage du VIH au centre de sa grande tournée médicale en milieu hospitalier aigu, un outil pédagogique bien connu dans le monde de l'enseignement médical qui consiste en une présentation de cas et une discussion en présence d'une audience d'invités qui comprend des médecins et des professionnels des soins de santé, ce qui inclut des étudiants en médecine. Des sessions de formation supplémentaires axées sur les indicateurs d'infection et les bénéfices d'un dépistage du VIH ont également été fournies pour les médecins de 1er et de deuxième échelon des unités de soins aux malades en phase critique ou de soins d'urgence de l'hôpital de Medway et lors d'une réunion entre médecins à laquelle ont assisté un panel diversifié de médecins généralistes et de médecins de soins intensifs de la région.

Pour extraire les données pré et post-intervention, les participants aux sessions de Picardie, du Kent et du Medway ont rempli des questionnaires de formation, mais ces résultats n'ont pas été fructueux. Seuls trois participants ont rempli le questionnaire d'enquête avant l'intervention dans le Kent et le Medway. Deux participants seulement ont rempli le questionnaire post-intervention en dépit du fait qu'ils avaient reçu le lien à plusieurs occasions. Aucune réponse à la version française du rapport n'a été reçue. Ces résultats sont décevants compte tenu du nombre de personnes ayant reçu une formation. Cependant, comme ils avaient déjà reçu un formulaire d'évaluation, beaucoup n'ont probablement pas vu l'utilité de remplir un formulaire plus détaillé sur le même sujet. Compte tenu du faible nombre de questionnaires remplis, les résultats n'ont pas été reportés puisque les conclusions n'auraient pas été pertinentes.

Figure 15 : Édition spéciale d'une brochure à l'attention des médecins généralistes en supplément des sessions de formation en Picardie



En Picardie, le Professeur Jean-Luc Schmit a dispensé 3 sessions de formation de deux heures chacune. Ces sessions ont eu lieu à Aumale, Caullières et Amiens. Chacune de ces sessions s'est tenue entre 21

heures et 23 heures. Le contenu de ces cours du soir ressemblait aux sessions dispensées au Royaume-Uni, avec une discussion sur la prévalence et les taux de dépistage en Picardie. Après avoir passé en revue les indicateurs cliniques du VIH, les avantages d'un dépistage précoce et une mise à jour sur les effets d'un traitement moderne, les participants ont travaillé en petits groupes pour discuter des études de cas spécifiques et regarder de plus près les opportunités de dépistage VIH manquées. Les participants ont également discuté des manières d'améliorer leurs compétences de communication pour que les conversations sensibles sur les facteurs de risque et les comportements sexuels des patients puissent faire l'objet d'une discussion plus approfondie à bâtons rompus dans le cadre de consultations en clinique. Quinze médecins généralistes ont participé à la session de Caullères et 12-15 à la session d'Amiens tandis que 8 médecins généralistes ont participé aux sessions d'Aumale. En plus de ces trois sessions, un article spécial a été consacré au dépistage et publié dans la lettre d'informations régionale (voir la Figure 15 ci-dessus). À l'heure actuelle, aucun retour n'est disponible de la part des médecins généralistes qui étaient en formation en France et aucun des participants n'a rempli le questionnaire Survey Monkey que ce soit avant ou après l'intervention pédagogique.

8.0 Activités culturelles avec le groupe communautés noires africaines/minorités ethniques

En dépit de la prévalence élevée du VIH parmi les groupes ethniques minoritaires et noirs, ces derniers ont été identifiés avec un taux de présentation tardive élevé à la fois dans la revue de littérature et les données de l'étude de phase 1. Les interventions destinées à encourager le dépistage parmi les communautés ethniques minoritaires font donc partie de la stratégie de la phase d'intervention (phase 2) de l'étude IMPRESS Health 2 des deux côtés de la Manche. Il est possible que certains individus dans la communauté soient suspicieux des services publics ou qu'ils craignent de ne pas pouvoir accéder aux soins de santé génériques pour des raisons dont nous avons déjà discutées dans les sections précédentes. Il a donc été décidé de privilégier la promotion du dépistage précoce en dehors du contexte de soins de santé existants car cela serait bénéfique et attirerait des individus difficiles à atteindre. Conscients du pouvoir de la tradition orale bien ancrée, des contes, mais aussi de la musique et du théâtre qui pouvaient attirer de larges audiences aux événements communautaires, et spécifiquement les groupes des communautés noires africaines/minorités ethniques, nous avons décidé d'intégrer ces approches dans le Kent, le Medway et en Picardie. Au Royaume-Uni, cette approche a été menée par Brenda Mann, membre du Kent Community Health Foundation Trust à la faveur d'un événement qui s'est tenu le samedi, de 14 heures à 19 heures, dans l'une des écoles locales de Canterbury, en janvier 2015. Cependant, l'équipe craignait que si la journée était promue comme un événement sur le dépistage du VIH, elle ne serait pas aussi bien fréquentée que prévu. Elle a donc été articulée autour d'un thème neutre, « Vivre en bonne santé » en incluant le VIH comme l'un des problèmes affectant les groupes des communautés noires africaines/minorités ethniques au Royaume-Uni (VIH, diabète, maladies cardiovasculaires, obésité, accidents cardiaques, etc.). Les informations sur les avantages du dépistage précoce du VIH ont donc fait l'objet d'un débat dans le contexte plus large des problèmes rencontrés par les communautés, ce qui semblait moins stigmatisant et permettait de normaliser les discussions sur le dépistage du VIH. Les messages positifs sur les avantages d'un dépistage précoce et les indicateurs de ces dépistages ont donc été divulgués dans une atmosphère détendue avec des chansons, des danses et des opportunités de manger et faire connaissance, ainsi qu'un bilan de santé pendant l'évènement. Bien que personne n'ait choisi de se faire dépister, les organisateurs de l'évènement étaient satisfaits de la manière dont les messages positifs sur la santé avaient été reçus et espéraient que les personnes inquiètes de leur santé agiraient dans un avenir proche après avoir entendu ces messages.

En France, la compagnie de théâtre Marie Madeleine a été invitée à présenter une performance « La revanche de Mayika », à Amiens, en février 2015. Cette pièce ciblait principalement une audience africaine et fit jouer des acteurs africains en costumes traditionnels pour illustrer les problèmes affectant les personnes déclarées séropositives dans une petite communauté. La pièce adressait les questions importantes de la fidélité, comment vivre avec le VIH, comment partager la nouvelle d'un diagnostic séropositif avec son partenaire ou les membres de sa famille, et la manière d'adresser les problèmes de solitude, d'isolement et les stigmates occasionnés par ce diagnostic. La pièce était écrite et présentée d'un point de vue féminin puisque les femmes sont plus exposées au risque d'infection que leurs partenaires masculins, ce qui était pertinent pour la communauté. Mais ce sont également les femmes qui agissent comme gardiennes de la santé et du bien-être des autres membres de la famille. L'utilisation de masques contribua à intensifier la performance. En effet, certains des acteurs incarnaient les barrières communicationnelles et le sentiment occasionnel que ceux qui étaient affectés devaient dissimuler leurs sentiments ou leurs inquiétudes aux autres membres de la communauté. Ces facteurs sont bien connus pour renforcer les images négatives et les stéréotypes qui peuvent affecter les membres de la communauté et les dissuader de se faire dépister même s'ils se doutent que leur santé n'est pas bonne, car ils ont peur de se sentir isolés ou jugés par les autres. Les

deux événements ont une audience satisfaisante. 62 personnes ont assisté la pièce à Amiens et à la demi-journée organisée l'après-midi à Canterbury. Ces deux événements ont reçu de bonnes critiques de la part des spectateurs et des membres du groupe du projet. Ils fournissaient une alternative somme toute officieuse et « pacifique » en communiquant des messages positifs pour la santé et la manière de confronter un diagnostic de séropositivité (Figures 16 et 17).

Figure 16 : Posters et photographies des événements « Vivre en bonne santé » destinés aux communautés noires africaines/minorités ethniques dans le Kent (Photos : Jo Treharne)



Figure 17 : Poster, informations et photographies de la pièce « La Revanche de Mayika » de la compagnie de théâtrale Marie Madeleine produite pour les clients des communautés noires africaines/minorités ethniques de Picardie

Des femmes parlent de leur santé

L'association Marie-Madeleine vous présente

'La revanche de Mayika'

Vendredi 13 Février 20h30
Centre Culturel Jacques Tati rue du 8 mai 1945 à Amiens
Un verre de l'amitié vous sera offert à l'issue des échanges avec le public
Entrée libre et accessible à tous

Ce soir, venez au théâtre... en Afrique !

Communiqué de presse 29 Janvier 2015/13 Février 2015

L'association Marie-Madeleine a le plaisir de vous inviter à la première de sa représentation théâtrale.

"La revanche de Mayika" mettant en scène des femmes parlant de santé !

L'association Marie-Madeleine basée à Verpilleries a été créée en 2005 avec et pour des femmes vivant avec le VIH/Sida et leurs proches, principalement originaires d'Afrique Subsaharienne. L'association contribue à lever les tabous et la stigmatisation liés au VIH, qui rendent difficiles l'expression du vécu et qui favorisent l'isolement social et affectif.

Le théâtre, outil d'expression privilégié par la culture Africaine, permet aux femmes d'extérioriser leurs vécu et parcours de vie face à la maladie.

En lien avec la Journée Mondiale de Lutte contre le VIH/Sida du 1er Décembre (Le 1er Décembre étant tous les jours !) et le projet Européen IMPRESS Health 2, nous lançons un appel au dépistage du VIH/Sida et des autres Infections Sexuellement Transmissibles. Les saynètes se dérouleront dans une atmosphère optimiste et conviviale aux couleurs d'Afrique et de solidarité au féminin. L'objectif est de faire comprendre à tous l'intérêt individuel et collectif de se faire dépister pour prendre soin de soi et de ceux que l'on aime. En Picardie, l'étude menée dans le cadre du projet IMPRESS a montré que la moitié des personnes dépistées dans les trois dernières années avaient déjà une diminution significative de l'immunité (moins de 350 CD4) ce qui veut dire que ces personnes étaient contaminées depuis déjà plusieurs années, sans le savoir, ce qui pouvait être dangereux pour leur santé, et être source de transmission sexuelle.

Cette action prend place dans le cadre d'un partenariat privilégié avec la Coordination Régionale de Lutte contre le VIH de Picardie (COREVIH Picardie), qui contribue à la lutte contre l'infection à VIH/Sida et à l'amélioration de la prise en charge des personnes vivant avec cette pathologie devenue chronique, mais qui reste mortelle si elle n'est pas dépistée.

Deux représentations de théâtre auront lieu en Picardie, l'une à Creil le 29 janvier 2015 à 14H00 à la Maison des Associations 11 rue des Hironvilles, la seconde à Amiens le vendredi 13 Février 2015 à 20H30 au Centre Culturel Jacques Tati rue du 8 mai 1945
Entrée libre et accessible à tous

Contact Presse Association Marie-Madeleine La Présidente : Marie-Hélène TOKOLO Tél : 06-67-77-62-40 presidente@marie-madeleine.asso.fr	Contact COREVIH Picardie Le Président : Pr. Jean Luc SCHMIT Tél : 03.22.66.76.69.
---	---



9.0 Impact des interventions sur les taux de dépistage du VIH dans les deux pays

Il ne fait aucun doute d'après le nombre des tests de dépistage des deux côtés de la Manche que l'objectif primaire du projet était d'augmenter le nombre de personnes qui se font dépister et le nombre des personnes recevant un diagnostic précoce. Les comparaisons entre la même période de 5 mois du 1^{er} octobre 2013 au 28 février 2014 et du 1 octobre 2014 au 28 février 2015 indiquent une certaine augmentation du nombre de dépistages effectués. La période a été choisie pour capturer les données de dépistage du VIH pendant le mois précédant la campagne publicitaire et sur les médias sociaux dans les deux pays, puis après Noël, pour savoir s'il y avait eu une augmentation du nombre de diagnostics lors des deux événements impliquant les communautés noires africaines/minorités ethniques en France et au Royaume-Uni, au début 2015. Il aurait été préférable de récolter des données pendant plus d'un mois dans le cas de la France, car la pièce de la compagnie Marie Madeleine n'a pas pu être jouée avant la fin février, mais la collecte des données devait être terminée fin mars. Malgré cela, l'impact des interventions de la phase 2 est assez impressionnant des deux côtés de la Manche. Il semble qu'il y ait eu une augmentation résiduelle du nombre de tests effectués pendant le mois de mars également, au moins en France, étant donné la programmation de la représentation et du nombre de participants.

9.1 Impact des interventions de dépistage VIH sur les services NHS dans le Kent et le Medway

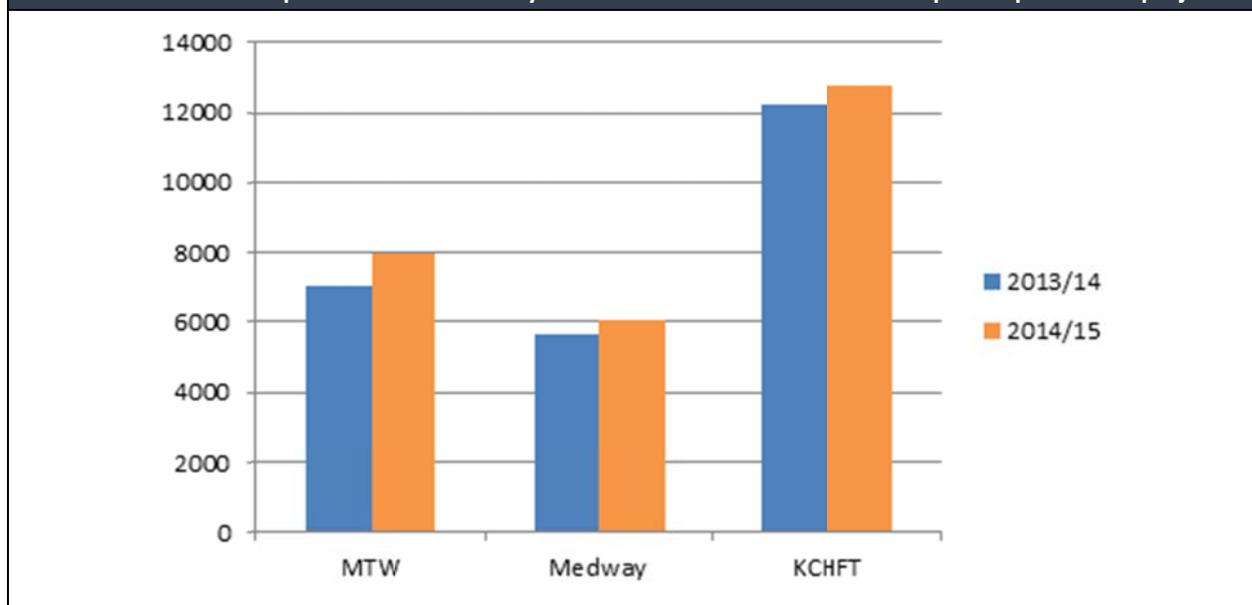
Le nombre de tests de dépistage effectués pendant la période de 5 mois du 1 octobre 2014 au 28 février 2015 a augmenté de 1946 ou 7,8 % dans le Kent et le Medway en passant de 24 874 dépistages à 26 821 pendant la période d'intervention. L'augmentation n'est pas homogène dans la région cependant. Maidstone et Tunbridge Wells NHS Trust ont connu la plus forte augmentation de 13,9 % tandis que le Kent Community Health Foundation Trust a connu le taux d'augmentation le plus faible, 4,4 %, tandis que le Medway Hospitals NHS Foundation Trust connaissait une augmentation de 7,6 % (Tableau 9). La plus forte augmentation dans les tests de dépistage du VIH dans la région de Maidstone est due au double effet du dépistage itinérant METRO HIV et à leur programme de proximité annuel qui s'est tenu pendant la semaine de dépistage national du VIH dans les lieux fréquentés tels que la caserne de Maidstone, le collège d'enseignement supérieur, la grand rue de Tunbridge Wells, de Maidstone, de Gravesham et le service d'urgence de l'hôpital de Maidstone. Cela a abouti à 249 tests de dépistage supplémentaires en plus des tests menés pendant la campagne METRO dans la région, alors que les informations générales et les conseils fournis pendant la campagne auraient abouti dans les cliniques de santé sexuelle à des tests supplémentaires dans les jours et les semaines suivants.

Pays	Lieu	2013/14	2014/15	Augmentation
Royaume-Uni	Maidstone and Tunbridge Wells	7 025	8 004	979 (13,9 %)
	Medway	5 623	6 051	428 (7,6 %)
	Kent Community Health Trust	12 226	12 765	539 (4,4 %)
Total		24 874	26 820	1946 (7,8 %)

La configuration différente des services dans chacun des hôpitaux signifie que les points d'audit des dépistages varient légèrement d'un centre britannique. Il faut également prendre en compte les examens anténataux enregistrés séparément. Il est intéressant de noter que si le nombre de tests de

dépistage anténataux effectués par les médecins généralistes à Maidstone et Tunbridge Wells a augmenté de 53 % de 783 à 1198 (données non affichées), le nombre de tests commandés par les médecins généralistes dans les zones couvertes par le Kent Community Health NHS Foundation Trust (qui incluent les cliniques du East Kent Hospitals University Trust à Ashford, Canterbury et Margate) a baissé de 16,6 % de 741 à 618 tests de dépistage pendant la même période. Des chiffres différents pour les médecins généralistes ne sont pas disponibles pour la région de Medway, bien que ces chiffres soient inclus dans la section « autres » de leur système de reporting qui signale une augmentation marginale de 2648 à 2656 aiguillages, c'est-à-dire une augmentation de 0,3 % uniquement. Les demandes émanant des hôpitaux généraux de Medway ont en fait baissé de 768 à 637 (17,0 %) pendant cette période, bien que ce chiffre incluse une augmentation des demandes de la part des hôpitaux généraux de 2207 à 2758 (25,0 %) pendant la même période, avec pour résultat une augmentation agrégée de 7,6 % pour tous les services offerts par le Trust. Les principales augmentations des taux de dépistage dans la région couverte par le Kent Community Health NHS Foundation Trust concernaient les unités d'hospitalisation et de consultation externe des trois principaux hôpitaux couverts par les services de santé sexuelle du Kent (Canterbury, Ashford et Margate) qui a connu une augmentation des tests de dépistage de 1038 à 1458 (une augmentation de 40,5 %) et les centres de dépistage/clinique de santé sexuelle qui ont eux-mêmes connu une augmentation de 11,4 %, de 6719 à 7486. Comme dans le Medway, la performance des médecins généralistes pendant cette période n'a que faiblement augmenté. Le nombre de tests de dépistage commandés directement est tombé de 741 à 618 (16,6 %) bien qu'un nombre bien plus important aient redirigé les patients vers les services de santé sexuelle/centres de dépistage ce qui pourrait expliquer l'augmentation soulignée à la Figure 18 ci-dessous.

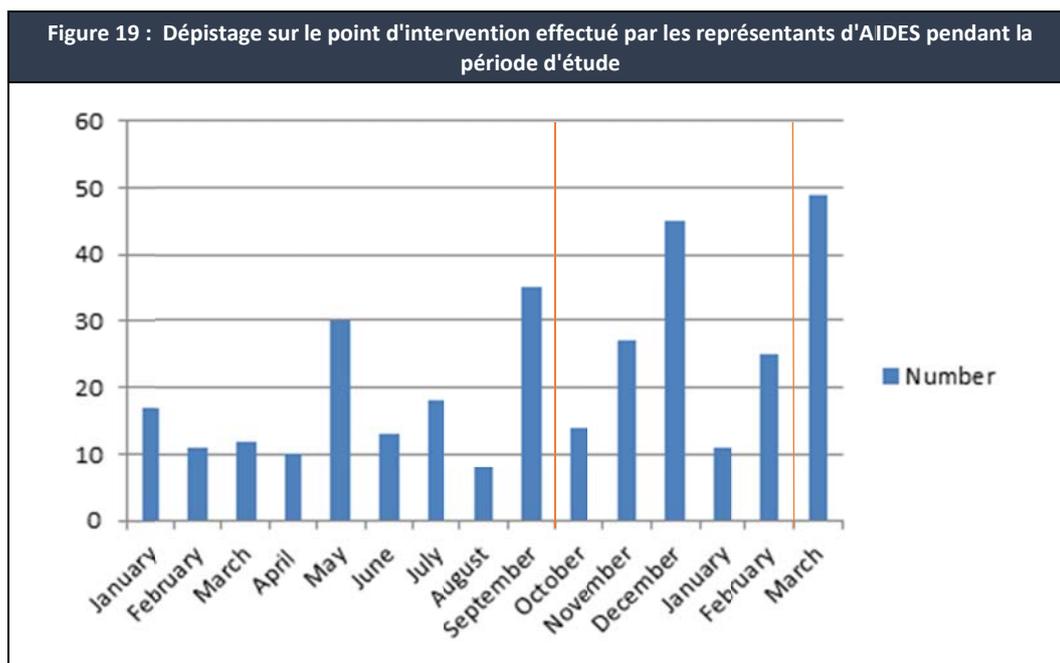
Figure 18 : Augmentations du nombre de tests de dépistage à Maidstone et Tunbridge Wells, Medway et dans les centres couverts par le Kent Community Health Foundation Trust avant et après la phase 2 du projet.



9.2 Impact des interventions sur les dépistages du VIH effectués en France

Le personnel AIDES en Picardie a effectué 336 tests rapides sur une période de 15 mois entre le 1^{er} janvier 2014 et le 31 mars 2015. 122 (36 %) de ces tests ont été effectués pendant une période de 5 mois du 1^{er} octobre 2014 au 28 février 2015. Il y a des pointes vers la fin de l'année pendant la campagne sur les médias sociaux et de santé publique dans la région, en particulier en décembre,

après la journée mondiale sur le SIDA (qui a marqué le début de la campagne en France où il n'y avait pas de semaine de dépistage du VIH nationale), avec 45 dépistages, et à nouveau en mars (49 tests). Bien que cela sorte du cadre de la comparaison mensuelle abordée plus haut, il est intéressant de noter que ce mois suivait immédiatement la représentation de la pièce africaine « La Revanche de Mayika » qui a été donnée à Amiens, bien qu'on ne sache pas si ces patients se soient présentés au dépistage à la suite de cette intervention ou pas. La Figure 19 ci-dessous fournit une indication sur la distribution des tests de dépistage sur une période de 15 mois. La figure entre les deux lignes rouges couvre la période de comparaison de 5 mois ainsi que le mois supplémentaire après l'événement ciblant les communautés noires africaines/minorités ethniques.



9.3 Impact des interventions effectuées par les hôpitaux généraux à Amiens et Creil

Les détails du nombre de tests effectués à l'hôpital et dans les centres de dépistage d'Amiens et de Creil sont indiqués ci-dessous au Tableau 10. Pendant la période d'intervention de phase 2 et la période de comparaison de 5 mois, le nombre de tests de dépistage VIH effectués a baissé de 4474 à 4102, une diminution de 8,3 % du nombre des dépistages. Même chose à Creil, le nombre de tests a baissé de 772 à 661, une diminution de 14,4 %. À priori, ces chiffres semblent aller à l'encontre du bon sens, mais il faut se rappeler que certaines des personnes qui auraient pu effectuer un test de dépistage dans l'un ou l'autre des centres ont été testées par le personnel AIDES à la suite de la campagne médiatique et hors du secteur de santé primaire qui insistait sur la confidentialité du dépistage, en particulier ceux qui s'inquiétaient peut-être de leur statut d'immigrant. Il faut noter qu'en France, contrairement au Royaume-Uni, il existe de nombreux laboratoires de pathologie privés. On les trouve souvent dans les zones de fort passage telles que les gares de train, les centres commerciaux et les grands rues où sont offerts des conseils confidentiels et anonymes similaires aux services offerts par les centres de dépistage ou les cliniques de santé sexuelle au Royaume-Uni. Cependant ces derniers ne font pas partie du secteur étatique. Les données de dépistage du VIH des laboratoires privés d'hôpitaux généraux (Amiens dans la Somme et Creil dans l'Oise) indiquent que le nombre de tests de dépistage dans ces cliniques a augmenté de 3 % dans la Somme et 4,1 % dans l'Oise, bien que l'augmentation agrégée dans les deux régions soit très faible avec 103 tests ou 4,7 % du total seulement par rapport à la même période des interventions de phase 2. Il faut cependant

noter que le nombre de tests de dépistage effectués à Amiens et dans la Somme a augmenté pendant le mois de décembre, la période de la campagne médiatique, et à Amiens pendant le mois de février, bien qu'il soit difficile de savoir si le théâtre de Marie Madeleine ait eu un impact sur les chiffres de ce mois ou pas.

Tableau 10 : Comparaison des tests de dépistage VIH effectués pendant une période de 5 mois avant et après la phase 2 du projet				
Pays	Lieu	2013/14	2014/15	Augmentation/diminution
France	Amiens (hôpitaux et centre de dépistage)	4474	4102	-372 (-8,3 %)
	Laboratoires privés (région Somme)	8419	8671	+252 (+3 %)
	Creil (hôpital et centre de dépistage)	772	661	-111 (-14,4 %)
	Laboratoires privés (région de l'Oise)	8137	8471	+334 (+4,1 %)
	Total	21 802	21 905	+103 (+4,7 %)

Figure 20 : Tests de dépistage VIH effectués à l'hôpital d'Amiens sur une période de comparaison de 5 mois

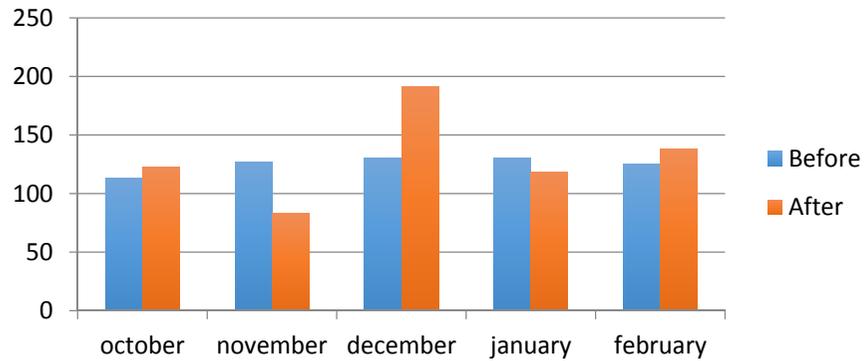


Figure 21 : Tests de dépistage VIH effectués à l'hôpital de Creil sur une période de comparaison de 5 mois

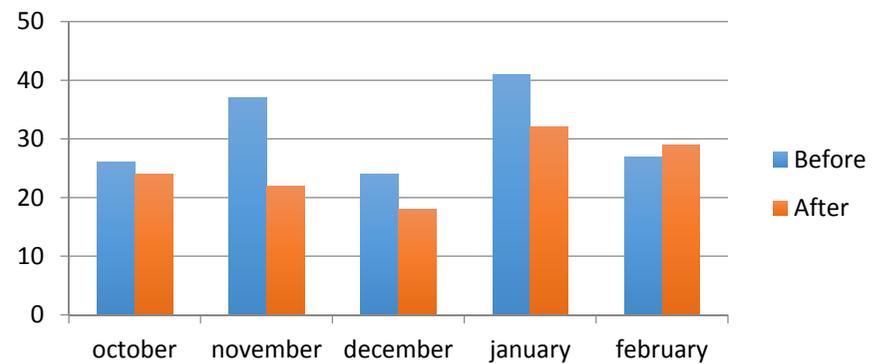


Figure 22 : Tests de dépistage VIH effectués dans les laboratoires commerciaux de la Somme pendant la même période

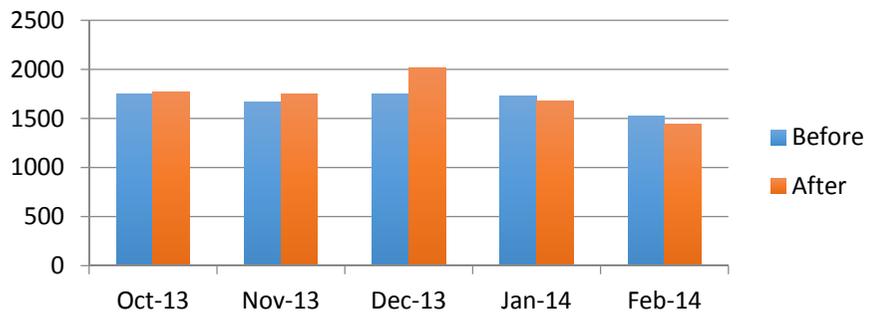
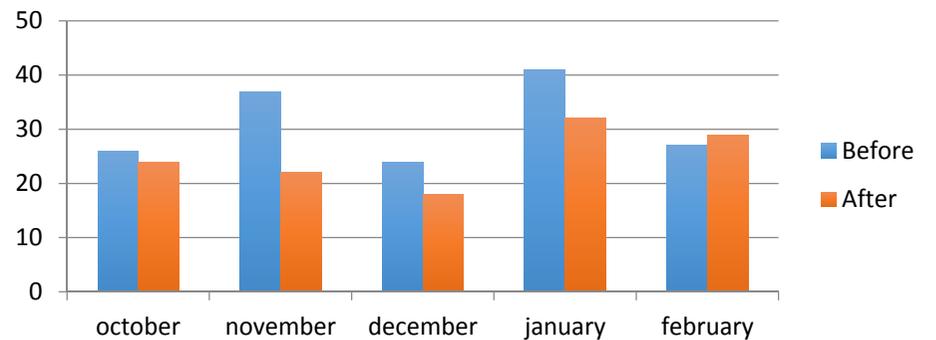


Figure 23 : Tests de dépistage VIH effectués dans les laboratoires commerciaux de l'Oise pendant la même période



Les Figures 20-23 indiquent une variation mensuelle dans les taux de dépistage du VIH dans les deux centres et les régions voisines. Le nombre de dépistages effectués à Creil est décevant. Il semble d'après le retour des partenaires et des parties prenantes abordé dans la prochaine section que le personnel de l'hôpital aurait très peu participé à l'étude et n'aurait que très peu de ressources pour faire aussi bien que leurs collègues d'Amiens. On peut expliquer cela par le fait que le budget de ce centre est plus restreint, bien qu'il faille noter à nouveau que les laboratoires de Creil et les laboratoires privés dans la région avoisinante de l'Oise indiquaient une augmentation modérée du nombre de tests de dépistage en février, avec des résultats similaires en mars 2015 pour les dépistages du centre d'Amiens. On peut alors déduire qu'il y a eu une réaction tardive à l'événement communautés noires/minorités ethniques vers la mi-février. Il faut également noter qu'il y a eu des tentatives significatives d'augmentation du nombre de dépistages VIH ces dernières années suite à une initiative du gouvernement français visant à augmenter le nombre et améliorer la ponctualité des dépistages dans le pays par le biais d'une campagne ciblée et publique pour laquelle il n'y a pas de comparaison au Royaume-Uni. Ainsi, au Royaume-Uni, on commence avec une base relativement restreinte sur laquelle on peut bâtir comme l'indiquent les données des rapports de la phase 1 (O'Connor et al. 2014a; 2014b). Comme nous l'avons noté ailleurs dans ce rapport, la Picardie est également l'une des régions qui a le plus faible taux de prévalence et d'assimilation du dépistage du VIH par rapport à beaucoup d'autres régions en France. Cela pourrait donc expliquer les gains modestes des interventions effectuées pendant la phase 2 du projet et le plus petit nombre de partenaires actifs dans le cadre du projet.

Malgré cela, il y avait 17 nouveaux diagnostics VIH entre octobre 2014 et février 2015 (2 en octobre, 5 en novembre, 4 en décembre, 2 en janvier et 4 en février). Sept de ces nouveaux diagnostics sont des femmes hétérosexuelles, 5 d'entre elles viennent d'Afrique sub-saharienne. Il n'y a que deux nombres de CD4 indicatifs d'un diagnostic tardif. 10 hommes ont également été déclarés séropositifs pendant ce temps. Neuf d'entre eux sont nés en France et 1 en Afrique sub-saharienne. Sept d'entre eux sont des HSH 7 d'entre eux ont un nombre de CD4 qui indique un diagnostic tardif par rapport aux diagnostics des femmes, deux d'entre eux au point d'être sidéens. Deux d'entre eux ont été testés dans les centres de dépistage locaux, 3 par des spécialistes de santé sexuelle/VIH dans les centres de dépistage des hôpitaux, 4 par leur médecin traitant. 5 ont été hospitalisés après avoir été admis en urgence pour des problèmes de santé graves. 1 s'est présenté pour un test volontaire tandis qu'un autre a été diagnostiqué dans les prisons locales. La dernière personne à être testée est originaire d'Afrique sub-saharienne et a été diagnostiquée séropositive à son entrée dans le pays.

10.0 Retour d'information projet par projet de la part des partenaires et des parties prenantes

Des entretiens téléphoniques ont été menés avec chacun des partenaires cliniques principaux au Royaume-Uni et avec trois des huit partenaires français. L'équipe de recherche du Royaume-Uni a posé une série de questions via email. Les membres de l'équipe de la Canterbury Christ Church University se sont livrés au même exercice. Dans l'ensemble, les personnes interviewées ont pensé que le projet avait été une réussite et que l'objectif avait été atteint. Il s'agissait notamment d'obtenir une meilleure compréhension des barrières aux tests de dépistage précoces du VIH, de sensibiliser davantage, d'éduquer et de mettre les patients et les professionnels de la santé en confiance pour discuter du besoin du dépistage. Les résultats de la phase de recherche initiale (phase 1) ont confirmé de nombreux problèmes que les partenaires cliniques avaient relevés au moins de manière anecdotique. Ils ont pensé que les résultats de l'étude de phase 1 les avaient aidés à se concentrer sur les aspects des soins et de fourniture de services qu'ils pouvaient améliorer. Ces résultats leur ont également fourni les justificatifs nécessaires pour apporter des changements aux services et planifier l'expansion des services de dépistage. Les résultats leur ont donné des idées sur la manière de contacter les clients plus efficacement en vue d'un dépistage VIH.

L'une des découvertes du rapport de phase 1 qui a surpris tous les partenaires des deux côtés de la Manche était le nombre de femmes hétérosexuelles d'âge mûr déclarées séropositives lors de l'étude de phase 1. Ce nombre est bien plus important que l'on ne l'avait envisagé et met en avant un groupe à risque sur lequel on aurait pu passer outre sans cela. Les mœurs changent. Beaucoup de couples de 50 et 60 ans divorcent et entament de nouvelles relations. Compte tenu du nombre d'années de prévalence du VIH en Europe, il n'est surprenant que les générations plus âgées commencent à être affectées. De même, on a noté que la majorité des professionnels de la santé omettent ce groupe lorsqu'ils identifient des symptômes multiples et inexplicables, une facette importante du programme d'enseignement des professionnels de la santé.

Tous les partenaires ont l'impression d'avoir apporté une contribution considérable pendant cette phase d'intervention en participant de leur expertise, de leur expérience et de leurs connaissances, ou en dispensant des sessions de formation pédagogiques aux professionnels de la santé, en répondant aux questions dans les médias locaux, en prenant part aux interviews lors d'émissions d'actualité sur la radio et la télévision et en disséminant des messages de sensibilisation dans les différents médias. C'est le cas des partenaires français, des magazines professionnels, des journaux et des sites Web, etc. L'opinion générale est que les campagnes de sensibilisation et sur médias sociaux avaient été les plus réussies. C'est l'aspect efficace de la phase d'intervention des deux côtés de la Manche, et les indices montrent qu'ils ont sensibilisé le public au HIV d'un certain nombre de manières. Cette sensibilisation a permis d'augmenter le nombre de tests de dépistage menés et a confirmé des diagnostics VIH parmi ceux qu'il aurait été difficile d'atteindre par d'autres moyens. La campagne a certainement atteint un éventail de personnes plus large que les méthodes traditionnelles d'éducation et de promotion de la santé, en particulier au Royaume-Uni où les médias ont été utilisés de manière efficace pour atteindre les audiences de la télévision et de la radio avec des résultats pertinents dans les communautés locales. Un répondant a déclaré :

« Je pense que la perspective des gens a changé, le fait même de prononcer le mot. Les gens ont toujours eu peur [par le passé] de sensibiliser le public au VIH. »

On estime que la stratégie pédagogique des professionnels de la santé était également une réussite, et bon nombre d'entre ces professionnels ont rapporté que les conversations interactives et bénéfiques de cette nature étaient stimulantes. Un répondant a déclaré :

« On voit bien que cela a provoqué une réflexion chez eux [professionnels de la santé] car ils pensent à leur pratique. Et il est évident qu'on a vu plus de diagnostics en conséquence. »

L'ensemble des partenaires du projet ont noté l'augmentation du nombre de patients diagnostiqués pendant une période de 5 mois du 1^{er} octobre 2014 au 31 mars 2015 par rapport à la même période en 2013/14. En plus de ces chiffres absolus, l'un des répondants avance l'idée que des changements seraient également apparus dans les modes de présentation des gens au test de dépistage.

« Si l'on prend les personnes diagnostiquées tardivement en 2014/15 et si l'on regarde les raisons pour lesquelles elles se sont faites dépistées, on voit comme motif des indicateurs cliniques plutôt que l'orientation sexuelle ou l'origine ethnique, ce qui, je pense, est un autre résultat positif pour les médecins généralistes. »

Pour pérenniser la réussite du projet IMPRESS Health 2, un partenaire clinicien au Royaume-Uni a introduit un dépistage universel dans son unité de soins intensifs bien que la validité éthique de cette décision ait été contestée par certains intervenants à la conférence. Les nouveaux protocoles d'aiguillage et de dépistage de patients potentiellement séropositifs sont moins controversés. Ils ont été développés pour les services d'urgence et les services critiques. Des plans sont également en place pour cibler les infirmières praticiennes qui doivent suivre une formation spécifique étant donné leur contribution largement reconnue au dépistage du VIH. Il était réconfortant de constater que des informations sur les indicateurs cliniques du VIH étaient en cours d'impression et devaient être placées sur les panneaux d'annonce en guise de ressource éducative et référentielle, et que des formations supplémentaires étaient prévues pour les assistants. On note également un plan qui préconise des campagnes de santé publique et de sensibilisation autour des avantages d'un dépistage précoce dans les années à venir. On envisage actuellement les options possibles pour améliorer et accéder aux ressources de dépistage (par le biais de programmes en ligne) en vue de maintenir l'impact du projet à long terme. Un des partenaires au Royaume-Uni déclare :

« Nous devons prendre nos responsabilités, car cela fait partie intégrante de notre travail, de toute façon. Je vais m'efforcer d'introduire un dépistage précoce et me concentrer sur deux domaines, la communauté et le contexte hospitalier. Il faut également que nous invitons le public à se faire dépister. »

Les partenaires de projet des deux côtés de la Manche pensaient qu'ils avaient grandement appris d'un certain nombre de personnes issues de contextes divers, et d'autres pays, en particulier pendant les échanges au Kent, dans le Medway et en Picardie. Les partenaires français étaient intéressés de voir comment les soins étaient organisés dans les différents contextes de dépistage et de traitement au Royaume-Uni et d'en apprendre plus sur la manière dont les anciens partenaires des personnes séropositives étaient suivies activement par l'équipe de santé, ce qui n'est pas le cas en France. Certains pensaient que la gestion d'un projet impliquant autant de partenaires représentait un défi, mais que la participation du Health and Europe Centre et de Canterbury Christ Church University avait été bénéfique. Au moins une personne pensait que le manque de partenaires français dans les milieux universitaires avait été néfaste au projet car le processus de collecte des données utilisables de manière ponctuelle était quelque fois chronophage, et certains emails restaient parfois sans réponse. D'autre part, les réunions face à face avec les partenaires étaient souvent dominées par des discussions sur les finances et les processus de gestion plutôt que le développement ou l'évaluation des interventions elles-mêmes, ce qui était regrettable. Les tentatives d'organiser des réunions transmanche pour discuter méthodologie et interventions n'ont pas été fructueuses compte tenu des engagements cliniques et/ou académiques et les emplois du temps chargés.

On cite le manque de temps comme la principale raison au manque de participation au projet. Certains estimaient que cela avait un peu gâché le plaisir. On peut rarement se permettre de passer du temps loin du bureau ou de la clinique et chacun sait que les charges de travail sont lourdes. On cite également la longueur des réunions de projet et les visites sur site qui s'éternisaient compte tenu d'un besoin de traduction intensif. Mais chacun s'accorde à dire que la présence d'un interprète régulier capable de s'acclimater au contexte et de comprendre les objectifs du projet était inappréciable. Malheureusement, bon nombre des partenaires de projet et de délégués qui ont visité la conférence de clôture à Canterbury ont trouvé que la traduction simultanée était médiocre et nuisait à la compréhension des messages partagés par les allophones. Cela a quelque peu gâché ce qui fut une journée très réussie.

En termes administratifs, certains eurent des difficultés à gérer la quantité significative de paperasserie requise pour la budgétisation du projet, les procédures financières et les demandes de remboursement. Beaucoup pensaient que les dépenses occasionnées par de telles activités n'étaient pas remboursées de manière adéquate. Elles avaient nécessité des déboursments plus élevés de la part des institutions dans le cas de certains partenaires. Du côté du Royaume-Uni, on évoque la frustration de partenaires qui auraient eu l'impression que leur contribution à la réussite du projet était disproportionnée et que les demandes d'information mettaient parfois des semaines à trouver réponse. Du côté français, l'un des partenaires du projet avait l'impression qu'il n'y avait pas suffisamment eu de consultation sur les interventions développées de chaque côté de la Manche en dépit des réunions face à face, bien que le partenaire n'ait pas assisté à toutes les réunions. Certains ont également noté des différences dans les cultures professionnelles. On sous-entend qu'une planification plus rigoureuse et collaborative dès le début du projet aurait pu atténuer les problèmes. On regrette également d'avoir perdu la direction du projet à un stade aussi crucial, comme les nombreux changements de personnel de liaison avec les partenaires du Health and Europe Centre. Malgré cela, un répondant a conclu que la coopération transfrontalière avait abouti à des accomplissements et chacun pensait que le fait de rencontrer et de travailler avec les autres avait été bénéfique à leur expérience personnelle. Une personne a déclaré en particulier :

« Malgré les barrières linguistiques et une culture professionnelle différente, nous avons réussi à livrer un thème, une stratégie et des interventions communes en un seul projet, et ce, malgré toutes nos différences. »

L'ensemble des partenaires pensaient que le projet IMPRESS Health 2 avait été une expérience inappréciable et qu'il les avait aidés à développer un potentiel de recherche vital, en particulier au Royaume-Uni où les cliniciens trouvent difficile de répondre aux exigences de recherche et aux responsabilités cliniques en même temps. Beaucoup ont repris confiance dans leurs capacités de recherche clinique et ont ressenti une grande satisfaction au vu des résultats. Certains n'avaient jamais été impliqués dans des études multi-sites de cette ampleur auparavant (qui plus est internationale). Le fait de développer des liens entre médecins et des organisations telles que METRO et AIDES est perçu comme bénéfique et les partenaires cliniques pouvaient porter un nouveau regard sur la contribution de ces organismes. La collaboration inter-agence a sans doute été renforcée et la phase d'intervention, du côté britannique en tous cas, a bénéficié du leadership des organismes de santé publique au sein de structures relativement nouvelles compte tenu de la restructuration du service de la santé à laquelle le Kent County Council a largement participé.

En termes de durabilité des avantages économiques et sociaux, personne ne nie que l'impact du projet sur le nombre de dépistages du VIH est une économie potentielle sur les sommes importantes dépensées par les services de santé dans les deux pays tout en atténuant l'effet du VIH sur les patients et les familles. Tous ont exprimé leur intérêt pour entreprendre des projets futurs axés sur la santé sexuelle et/ou les traitements à base d'antibiotiques, y compris dans la population de patients atteints

de chlamydia. Au moins un partenaire au Royaume-Uni prévoit de recruter du personnel pour faire le suivi du projet, notamment eu égard aux HSH qui se rencontrent dans les lieux publics pour avoir des relations sexuelles avec des étrangers avec les risques que cela représente pour la santé. Elle a déjà obtenu un financement pour remplir ce poste et espère nommer quelqu'un à ce poste dans un avenir proche. D'autres participants voulaient que davantage soit fait pour identifier les besoins des patients séropositifs et se demandaient spécifiquement quelles autres formes de travail de proximité pouvaient être bénéfiques compte tenu du manque apparent de participation de la part de la cohorte HSH au dépistage itinérant METRO « Blue bus ». Les partenaires ont donc estimé que leur expérience du projet leur permettrait de développer des propositions de projet futures en relation avec le VIH et dans d'autres domaines tels que le vaccin VIH, le dépistage de la chlamydia et les travaux supplémentaires concernant le HSH ou les personnes âgées. Les partenaires du Royaume-Uni étaient très heureux de collaborer avec les organisations telles que METRO et le Big Plan Group, ce qui encore une fois, aurait eu des retombées économiques positives pour ce secteur caritatif spécialisé.

L'un des avantages économiques évident d'après l'étude est la disponibilité du financement accordé aux nombreuses organisations charitables qui ont contribué à l'ensemble du projet ou en partie. Les membres de l'équipe de projet ont établi des relations de travail excellentes avec le personnel des organisations telles que AIDES, HACO, METRO et l'IREPS des deux côtés de la Manche, ce qui est de bon augure pour les collaborations de recherche futures. On devine que les partenaires sont heureux à l'idée de collaborer avec ces organisations à nouveau dans le cadre de projet nationaux ou internationaux. Le projet a également permis de recruter, de sélectionner et d'employer une administratrice 0.2 FTE à l'université Canterbury Christ Church University qui sans cela n'aurait pas été recrutée. Elle a acquis des compétences précieuses en gestion, notamment en procédures de comptabilité et de gouvernance de financement dont le système *Presage*. Elle sera sans doute un atout pour les projets de recherche Interreg futurs. Le financement lui a permis ainsi qu'à de nombreux autres collègues cliniciens de développer des compétences de recherche.

De même, la conférence de clôture qui s'est tenue dans l'impressionnant Centre de conférence de la cathédrale de Canterbury représentait un investissement conséquent pour la communauté locale du Kent. Cet investissement a été bénéfique pour cet organisme caritatif et les personnes impliquées dans la phase de recherche du projet. De nombreux professionnels du secteur de la santé et du social ont assisté à la conférence, ainsi que les chercheurs d'au moins deux universités et un certain nombre d'étudiants en thèse et en doctorat qui étaient déjà impliqués, ou qui pensaient entreprendre des recherches sur le thème VIH et/ou la santé sexuelle ou le bien-être. Les partenaires du projet interrogés ont pensé que la conférence de clôture était une cérémonie appropriée pour clore les travaux entrepris dans le cadre de ce projet. Certains ont exprimé leur déception devant le manque de participants et regrettaient que le projet n'ait attiré une audience plus diversifiée même si la majorité des personnes présentes n'avaient pas été impliquées dans le projet. Au contraire, la vaste majorité des personnes présentes n'avaient joué aucun rôle dans le projet et sont venues sans connaissance ni de son déroulement ni de ses résultats. Il faut regretter le petit nombre de français parmi les personnes présentes. Le manque de représentation française était décevant d'autant que la majorité des personnes absentes avaient été impliquées dans le projet d'une façon ou d'une autre, alors qu'à l'inverse, du côté britannique, on a passé une partie de son temps à tweeter ses opinions et commentaires sur les résultats du projet en partageant son expérience nouvelle.

Pour beaucoup des personnes interrogées, les aspects les plus efficaces et les plus touchants de la conférence furent de voir et d'entendre les patients dans les clips vidéo qui étaient projetés de temps à autre entre les présentations officielles. Un court clip vidéo d'Afrique du Sud montrant l'impact des drogues VIH modernes sur des patients à l'article de la mort au début de la vidéo était particulièrement touchant, comme la présentation éloquent d'un médecin généraliste britannique qui avait participé à

l'un des programmes de formation pédagogique au Royaume-Uni. Son discours émotionnel traitait du manque de connaissance en termes de prévalence du VIH dans les groupes non traditionnels et les nombreuses manières dont sa pratique a changé suite à la formation qu'elle a reçue. Beaucoup ont vu dans ce discours un témoignage puissant, bien que tout le monde se soit accordé à dire que beaucoup de travail restait à faire dans ce domaine. Les répondants français n'ont pas fait de commentaires sur les présentations spécifiques, si ce n'est que l'un d'eux, un chercheur expérimenté aux nombreuses années d'expérience et de conférences, qui plus est, a dit qu'il n'avait pas appris grand chose à la conférence. Il ne fait aucun doute que l'enthousiasme des chercheurs et des étudiants en début de carrière ou qui poursuivent un diplôme de chercheur était elle authentique et que l'atmosphère générée avait attiré l'attention des médias. Cette attention supplémentaire a donné lieu à des demandes supplémentaires d'entrevue avec les membres du projet bien que ces entrevues ne purent pas être diffusées compte tenu de l'actualité urgente ce soir-là. La Figure 24 ci-dessous montre les clichés pris pour immortaliser la contribution musicale du groupe africain « Royal Destiny » qui a repris certains des morceaux joués lors de l'événement communautés noires africaines/minorités ethniques mentionné à la section 8.

Figure 24 : Images de la conférence de clôture à Canterbury (25/03/15), photos de Jo Treharne



Les personnes présentes sont accueillies par « Royal Destiny ».



Présentation anglo-française des résultats de la phase 1



Participants français à la conférence



Participants anglais à la conférence



Discussion entre les participants pendant une pause



Les chefs de projet discutent des impacts de l'étude

11.0 Conclusions et recommandations

Tirer des conclusions d'un projet aussi complexe et de telle envergure n'est pas sans difficultés. Il est facile avec un projet comportant autant d'éléments d'oublier des informations vitales dans un rapport aussi court que celui-ci. Cependant, si l'on prend les objectifs originaux du projet, il est clair que la revue de littérature menée en soutien des étapes initiales du processus de recherche de phase 1 est un travail précieux qui a permis d'étayer notre base de connaissances dans ce domaine. La revue de littérature a été particulièrement utile pour développer les fiches d'extraction de données et les calendriers d'entretien des professionnels des soins de santé et des patients, ou encore les clients de la phase 1 du projet. Les résultats de cette revue ont joué un rôle prépondérant car ils ont permis d'attirer l'attention des médias du côté britannique de la Manche et ont produit des effets intéressants dans la deuxième phase de l'étude, la phase d'intervention.

En ce qui concerne le deuxième objectif déclaré du projet, les signes indiquent que les interventions de la phase 2 du projet des deux côtés de la Manche ont récemment commencé à porter leurs fruits et il est regrettable que le calendrier du projet ne prévoie pas d'analyse à long terme des aiguillages et des tendances de dépistage au Royaume-Uni et en France. Une phase d'évaluation plus longue aurait permis de figer les implications pour les pratiques cliniques et les comportements. Si les premières impressions tendent à laisser accroire que les comportements d'aiguillage ou de dépistage n'ont pas changé par rapport aux données présentées ci-dessus, il faut se rappeler que les médecins généralistes individuels risquent de ne pas rencontrer beaucoup de personnes présentant des indicateurs cliniques motivant un dépistage de manière régulière. Il se peut qu'il s'écoule un laps de temps avant que les améliorations ne soient ressenties à la fois dans le nombre de dépistages effectués par des médecins et autres, et dans la programmation et l'occurrence de ces tests à l'avenir. Le nombre de professionnels de la santé formés en France était assez faible, mais des signes anecdotiques suggèrent que le petit nombre sensibilisé a permis d'augmenter le nombre de diagnostics précoces. Cependant, il faut se souvenir d'après les résultats de la phase 1 (O'Connor et al. 2014a; 2014b) que les patients en France avaient plus de chances d'être diagnostiqués plus tôt que ceux du Royaume-Uni en début de projet, à la suite de la campagne nationale de forte visibilité destinée à réconcilier les médecins généralistes français avec leurs responsabilités à cet égard (50 % de diagnostics précoces en France contre 60,4 % au Royaume-Uni).

Le nombre de personnels médicaux et d'infirmières/infirmiers formés au Royaume-Uni sur une période aussi courte est réellement impressionnant, et de manière anecdotique, semble avoir des résultats positifs. Le témoignage positif du Dr Heather Scott sur la formation des médecins généralistes à la conférence semble ne pas être isolé. En ce qui concerne les changements cliniques que l'on a pu voir dans les cliniques de santé sexuelle/centres de dépistage du Kent Community Health NHS Foundation Trust, le Dr Mun-Yee Tung a déclaré en mai 2015, plus de cinq mois après la formation, qu'« *il semble qu'il y ait une tendance de diagnostic précoce bien que le nombre de dépistages reste faible* ». Elle note cependant que « *l'augmentation s'est accélérée avec l'accès au dépistage du VIH dans les cliniques de santé sexuelle et les hôpitaux généraux* ». Il est vrai qu'on y a vu un investissement significatif dans la formation des cliniciens aux indicateurs cliniques de dépistage. Les autres médecins généralistes sont plus enclins à aiguiller des patients vers les centres de dépistage/clinique de santé sexuelle plutôt qu'effectuer le dépistage eux-mêmes. L'intérêt des médecins généralistes reste cependant faible, mais elle note que « *Nous avons vu un regain d'intérêt chez certains médecins généralistes et nous espérons que l'intérêt et les incitations à fournir des tests de dépistage du VIH par le biais du soutien par les pairs ainsi que l'éducation et la formation augmentera* ».

De même, le Dr Lesley Navaratne de Maidstone et Tunbridge Wells NHS note : « *En réponse à vos questions, nous avons vu le nombre de dépistages augmenter comme l'indique le tableau, par opposition aux aiguillages, puisque pendant la formation, nous avons demandé aux médecins*

généralistes d'effectuer le test eux-mêmes. Nous sommes maintenant en mesure de montrer qu'il y a eu des améliorations dans ces chiffres. Elle poursuit en disant : « *Nous avons également eu davantage d'aiguillages à cause de cela* ». On ressent les avantages positifs de cette approche dans le nombre de diagnostics précoces également. Le Dr Navaratne ajoute : « *On voit des diagnostics précoces dans les chiffres que nous avons envoyés, mais depuis également. C'est le cas dans toutes les unités d'hospitalisation, chez les médecins généralistes et dans les services de dépistage fournis par le Terrence Higgins Trust* ». À cet égard, il semble que le projet commence à atteindre ses objectifs, et notamment, celui de contribuer à l'augmentation du nombre de diagnostics précoces, sans doute aidé en cela par la phase 1 du projet qui a permis d'identifier certaines des raisons pour lesquelles les individus se dépistent typiquement tard, ce qui est un autre objectif du projet (Demande de subvention/formulaire de candidature, mars 2012).

La revue de littérature traitant du thème du diagnostic VIH tardif effectuée vient nous renseigner sur le comportement et les résultats de cette étude. L'analyse rétrospective des données cliniques des patients déclarés séropositifs des deux côtés de la Manche a porté ses fruits également et a permis d'identifier certaines corrélations avec un certain nombre de variables cliniques et démographiques dont la plus surprenante est sans doute la propension au dépistage tardif et la prévalence croissante chez les hommes et les femmes hétérosexuels d'âge mûr. Avec le recul, il aurait été judicieux d'envisager la manière dont les interventions auraient pu cibler ce groupe vulnérable compte tenu de la réussite incontestable de la campagne de dépistage itinérant de METRO. Après tout, celle-ci a permis d'atteindre les jeunes cohortes. Les entretiens semi-structurés menés avec les patients pendant la phase 1 de l'étude peuvent nous fournir quelques réponses sur les remèdes possibles à cette tendance hétérosexuelle vieillissante. Une analyse secondaire plus détaillée de ces données est en cours mais il serait bon de mener ces entretiens en Picardie étant donné le plus petit nombre de patients interviewés.

Il y a beaucoup à dire sur les interventions elles-mêmes qui constituent le dernier jeu de données de l'étude. Les campagnes sur les médias sociaux et de santé publique semblent avoir eu un succès exceptionnel dans le Kent et le Medway, mais ont eu des résultats mitigés en France, bien qu'il faille reconnaître le leadership du Kent County Council qui a sans aucun doute renforcé l'impact de ces campagnes. Les évidences suggèrent également que le travail des experts (que ce soit dans le secteur statutaire ou volontaire) recrutés pour entreprendre certains des aspects des travaux ait porté ses fruits à la fois en termes de résultats et de qualité des données d'évaluation fournies. La suggestion des collègues français d'employer une compagnie de théâtre pour atteindre un autre groupe cible stratégique, en particulier les individus du groupe des communautés noires africaines/minorités ethniques ne manquait pas d'inspiration et n'a pas manqué d'encourager des activités quasi-similaires du côté britannique pour ce groupe de personnes. Les deux activités semblent avoir remporté un certain succès, mais là encore, les données qualitatives des entretiens de phase 1 peuvent fournir des éléments de réponse supplémentaires sur la manière d'atteindre ces groupes. Nombre d'entre eux ont par exemple des liens forts avec l'église, la famille et les réseaux sociaux, bien que les autres restent isolés et invisibles au secteur statutaire, en particulier les immigrants et les demandeurs d'asile. Il est essentiel de trouver les moyens d'atteindre ces groupes et de les inciter à se faire dépister, en particulier les groupes pour qui l'utilisation de préservatifs n'est pas acceptable. Des stratégies permettant de modifier les perceptions sur cette question doivent également être développées, en particulier pour les hommes du groupe communautés noires africaines/minorités ethniques. Il est clair que les groupes spécialisés tels que HACO qui travaillent en tandem avec les services de santé statutaires pourraient faire davantage pour changer les mentalités dans ce groupe de personnes. Mais, il faut que leur travail soit reconnu haut et fort. Il en va de même du travail d'AIDES qui cible des clients similaires du côté français de la Manche. Il semble évident que des partenariats avec le secteur caritatif et des organisations telles que Age UK qui cible les personnes âgées pourraient avoir des effets

bénéfiques à l'avenir. Il en va de même pour les organisations telles que les églises et les fournisseurs de services sociaux, bien qu'il faille s'attaquer à la stigmatisation, l'étiquetage social et l'exclusion sociale des personnes séropositives dans certains de ces groupes.

L'une des préoccupations permanentes est la nécessité de sensibiliser et de préparer les médecins généralistes, les infirmières praticiennes et tous les autres personnels de santé, y compris les personnes des hôpitaux généraux. Mais il faut aussi évaluer les risques, la prédisposition médicale et sociale des patients tout comme leur état soit en les dépistant soit en les aiguillant. Une courte formation risque de ne pas totalement éradiquer ces préoccupations. Le besoin de sensibiliser le public aux questions de santé par le biais de programmes de formation des travailleurs du secteur de la santé et la plupart des travailleurs sociaux est urgent et requiert un plaidoyer. Le financement d'Interreg a permis de déployer un programme de formation sans précédent des deux côtés de la Manche, mais le projet touchant à sa fin, il n'existe aucun flux de financement pour poursuivre les travaux ou mettre en place les stratégies susceptibles de changer de manière significative et durable les mentalités pour inciter les professionnels à discuter des risques d'infection avec les individus. Pendant ce temps, il est crucial de poursuivre le financement des campagnes de santé publique et de médias sociaux pour se ménager des opportunités de promouvoir les dépistages du VIH pendant la semaine nationale de dépistage. L'objectif est de rappeler à chaque génération les risques du VIH pour encourager les personnes à risque à se faire dépister et réduire les infections dans la population. Il reste que le besoin de réaliser des campagnes à forte visibilité tous les ans est évident. La décision récente de mettre des kits de dépistage rapides à la disposition du public est une décision positive au Royaume-Uni, mais plutôt que le bouche à oreille, cette décision doit également être soutenue par des informations exactes et un certain niveau d'assistance aux personnes séropositives. Le soutien offert par les volontaires d'AIDES en France est louable et la décision de faire appel à l'organisme caritatif Terence Higgins Trust pour sous-traiter certains des services de proximité dans le Kent et le Medway, au Royaume-Uni, n'est que l'une des possibilités. Là encore, on compte tirer profit du savoir organisationnel local et de la connaissance des besoins de la population locale dont on fait montre les professionnels de la santé interviewés. L'idée fautive chez les personnes d'âge mûr que ces services sont conçus principalement pour les homosexuels, et récemment les communautés noires/minoritaires, doit être adressée de manière active. Il se peut que l'entrée de ce premier groupe dans le secteur des services génériques y contribue.

Enfin, concernant l'aspect international du projet, on notera sans aucun doute le sens de cohésion et de respect pour la contribution de chacun aux enseignements tirés, malgré des politiques et des structures organisationnelles différentes de chaque côté de la Manche. Il serait bénéfique de poursuivre cette coopération d'une certaine manière. Mais, il serait également utile d'impliquer une institution éducative de chaque côté du partenariat pour faire avancer les choses. Il est certain que les cliniciens sont des gens incroyablement affairés quel que soit leur lieu de travail, mais il faut que chacun d'entre eux alloue une grande partie de son temps et de son énergie à assurer la réussite du projet, quelle que soit leur origine. On pense en particulier à ceux pour qui la collaboration internationale était une caractéristique nouvelle et éprouvante. On a déjà reçu des suggestions sur la manière de générer de l'élan pour ces travaux. On attend d'autres suggestions dans les mois prochains au fur et à mesure que les données seront analysées plus en détail. On a déjà identifié les groupes spécifiques qui pourraient bénéficier de ces travaux futurs : les personnes âgées actives sexuellement, les HSH ayant des relations non sûres et non protégées, et le plus souvent dans des endroits publics, ainsi que les communautés noires africaines/minorités ethniques et les groupes d'immigrants. On évoque également des solutions haute technologie telles que les systèmes informatiques conçus pour identifier les personnes à risque à partir des données médicales.

Ces stratégies parmi tant d'autres devraient faire l'objet de recherches approfondies avant de développer de petits projets pilotes pour affiner l'évaluation. Le pouvoir des médias et des médias sociaux a été largement démontré, et la manière de les utiliser plus efficacement doit également faire l'objet de recherches. Il n'en reste pas moins que la dissémination des résultats du projet a déjà commencé. Par exemple, avec la conférence de la British HIV Association, à Brighton, en avril 2015, mais le financement et les ressources doivent être mis à la disposition de ces projets et d'autres projets en cours de construction pour tirer le meilleur parti des avancées réalisées en date dans le Kent, le Medway et en Picardie. En conclusion, on pourra lire le témoignage d'une patiente de 63 ans qui a exprimé le besoin de se faire dépister après des mois de maladie grave, de mauvais diagnostics et d'interventions médicales inutiles. Elle déclare concernant son test VIH : « *Aussitôt avoir pris les médicaments, j'ai cru au miracle et je remercie le ciel et [nom du clinicien] et toutes ces personnes à la clinique [nom de la clinique où elle a été diagnostiquée et traitée]* ». On ne peut pas vraiment parler de miracle en science médicale, mais avoir la chance de voir une patiente qui se croyait à l'article de la mort se rétablir avec autant de santé et de vigueur est tout de même très gratifiant. »

12.0 Références

Adler, A., Mounier-Jack, S., Coker, R.J. (2010) Late diagnosis of HIV in Europe: definitional and public health challenges. *Health Sciences*, 21(3):284-293.

Albarracin, D. and Durantini, M. (2010) Are we going to close social gaps in HIV? Likely effects of behavioral HIV-prevention interventions on health disparities. *Psychology, Health & Medicine*, 15(6):694-719.

Almasi Nokiani, F. (2010) HIV infection in elderly patients over 65 years. *International Journal of Infectious Diseases*, 14(Supp 1):e75

AVERT (Averting HIV and AIDS). HIV & AIDS in Western & Central Europe. Disponible à l'adresse <http://www.avert.org/european-hiv-aids-statistics.htm>. Consulté le : 8 décembre 2014.

British HIV Association (BHIVA). Audit of mortality. [En ligne]. Disponible à l'adresse <http://www.bhiva.org/files/file1001379.ppt#2> consulté le : 29 août 2012.

Bonjour, M.A., Montagne, M., Zambrano, M., Molina, G., Lippuner, C., Wadskier, F.G., Castrillo, M., Incani, R.N., Tami, A. (2008) Determinants of late disease-stage presentation at diagnosis of HIV infection in Vénézuéla: A case-case comparison. *AIDS Research Therapy*, 5(6).

Branson, B.M., Handsfield, H.H., Lampe, M.A., Janssen, R.S., Taylor, A.W., Lyss, S.B., Clark, J.E. (2006) Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents and pregnant women in health-care settings. *MMWR Recomm Rep*, 55(RR14):1-17.

Camoni, L., Raimondo, M., Regine, V., Salfa, M.C., Suligoj, B. (2013) Late presenters among persons with a new HIV diagnosis in Italy, 2010-2011. *BMC Public Health*, 13:281.

Carrizosa, C.M., Blumberg, E.J., Hovell, M.F., Martinez-Donate, A.P., Garcia-Gonzalez, G., Lozada, R., Kelley, N.J., Hofstetter, C.R., Sipan, C.L. (2010) Determinants and prevalence of late HIV testing in Tijuana, Mexico. *AIDS Patient Care STDS*, 24:333-40.

Casau, N.C. (2005) Perspective on HIV infection and aging: Emerging research on the horizon. *Clinical Infectious Diseases*, 41:855-863.

Castilla, J., Sobrino, P., De La Fuente, L., Noguera, I., Guerra, L., Parras, F. (2002) Late diagnosis of HIV infection in the era of highly active antiretroviral therapy: Consequences for AIDS incidence. *AIDS*, 16(14):1945-1951.

Chadborn, T.R., Delpech, V.C., Sabin, C.A., Sinka, K., Evans, B.G. (2006) Late diagnosis and consequent short term mortality. *AIDS*, 20(18):2371-9.

Centers for Disease Control (2003) Late versus early testing of HIV – 16 sites, United States. *MMWR Morb Mortal Wkly Report*, 52:581-586.

Cu-Uvin, S., Snyder, B., Harwell, J.I., Hogan, J., Chibwesa, C., Hanley, D., Ingersoll, J., Kurpewski, J., Mayer, K.H., Caliendo, A.M. (2006) Association between paired plasma and cervicovaginal lavage fluid HIV-1 RNA levels during 30 months. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 42:584-587.

Davis, D. H., Smith, R., Brown, A., Rice, B., Yin, Z., Delpech, V. (2013) Early diagnosis and treatment of HIV infection: magnitude of benefit on short-term mortality is greatest in older adults. *Age and Ageing*, 42(4):520-526.

Delpierre, C., Cuzin, L., Lert, F. (2007) Routine testing to reduce late HIV diagnosis in France. *British Medical Journal*, 334(7608):1354-1356.

DeMarco, R.F., Gallagher, D., Bradley-Springer, L., Jones, S.G. and Visk, J. (2012) Recommendations and reality: Perceived patient, provider, and policy barriers to implementing routine HIV screening and proposed solutions. *Nursing Outlook*, 60(2):72-80

Department of Health (2008) HIV post-exposure prophylaxis: Guidance from the UK Chief Medical Officers' Expert Advisory Group on AIDS. London: DoH.

Dilernia, D.A., Monaco, D.C., Cesar, C., Krolewiecki, A.J., Friedman, S.R., Cahn, P. and Salomon, H. (2013) Estimation of HIV-testing rates to maximize early diagnosis-derived benefits at the individual and population level. *PLoS one*, 8(1):e53193

Direction générale de la santé (2009) 'HIV infection screening in France', 2009. Haute Autorité de Santé.

Dowson, L., Kober, C., Perry, N., Fisher, M., Richardson, D. (2012) Why some HSH present late for HIV testing: a qualitative analysis. *AIDS Care*, 24(2):204-209.

EU. Action Plan on HIV/AIDS in the EU and neighbouring countries: 2014-2016. [En ligne]. Disponible à l'adresse : http://ec.europa.eu/health/sti_prevention/hiv_aids/index_en.htm. Consulté le 1 mars 2014.

European Centre for Disease Prevention and Control (2012) HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union: Evidence synthesis for Guidance on HIV testing. *Technical Report*, Stockholm: European Centre for Disease Control

European Centre for Disease Prevention and Control (2011) HIV/AIDS surveillance in Europe 2011. Brussels: European Centre for Disease Control and World Health Organisation.

European Centre for Disease Prevention and Control (2010). HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union. Stockholm: European Centre for Disease Control.

European Communities (2008) Major and Chronic Diseases Report 2007. Luxembourg: European Commission. ISBN 92-79-08896-4.

Garcia de Olalla, P., Manzardo, C., Sambeat, M.A., Ocana, I., Knobel, H., Humet, V., Domingo, P., Ribera, E., Guelar, A., Marco, A., Belza, M.J., Miro, J.M., Cayla, J.A. (2011) Epidemiological characteristics and predictors of late presentation of HIV infection in Barcelona (Spain) during the period 2001-2009. *AIDS Research and Therapy*, 8(22).

Girardi, E., Sabin, C., d'Arminio Monforte, A. (2007) Late diagnosis of HIV infection: Epidemiological features, consequences and strategies to encourage earlier testing. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 46(Supp 1):3-8.

Hanf, M., Bousser, V., Parriault, M.C., Van-melle, A., Nouvellet, M., Adriouch, L., Sebillotte, C.G., Couppie, P., Nacher, M. (2011) Knowledge of free voluntary HIV testing centres and willingness to do a test among migrants in Cayenne, French Guiana. *AIDS Care*, 23(4):476-485.

Health Protection Agency (2011) HIV in the United Kingdom: 2011 Report. London; Health Protection Services, Colindale.

Health Protection Agency (2011) United Kingdom New HIV Diagnoses to end of June 2011. London, Health Protection Agency.

Hooshyar, D., Hanson, D.L., Wolfe, M., Selik, R.M., Buskin, S.E., McNaghten, A.D. (2007) Trends in perimortal conditions and mortality rates among HIV-infected patients. *AIDS*, 21:2093- 2100.

Illaria, G., Jacobs, J.L., Polsky, B., Koll, B., Baron, P., MacLow, C., Armstrong, D. Schlegel, P.N. (1992) Detection of HIV-1 DNA sequences in pre-ejaculatory fluid. *Lancet*, 340: 1469.

Institute of Health Surveillance/L'Institut de veille sanitaire. HIV/AIDS Statistics for 2012. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <http://www.aides.org/actu/france-6-372-personnes-ont-decouvert-leur-seropositivite-au-vih-en-2012-2353>. Consulté le : 4 décembre 2012.

Johnson, M., Sabin, C., Girardi, E. (2010) Definition and epidemiology of late presentation in Europe. *Antiviral Therapy*,15(Supp 1):3-8.

Kim, N., Lucchetti, A., Whittington, W., Zuckerman, R., Coombes, R., Corey, L., Sanchez, J., Celum, C. (2006) *Higher rectal HIV RNA levels in men who have sex with men (HSH) with concurrent rectal HSV shedding*. 44th Annual Meeting of the Infectious Diseases Society of America, Toronto, abstract 57.

Kivelä, P.S., Krol, A., Salminen, M.O., Ristola, M.A. (2010) Determinants of late HIV diagnosis among different transmission groups in Finland from 1985 to 2005. *HIV Medicine*, 11(6):360-367.

Krentz, H.B., Auld, M.C., Gill, M.J. (2004) The high cost of medical care for patients who present late (CD4 <200 cellules/mm³) with HIV infection. *HIV Medicine*,5:93-8.

Levy, J.A. (1993) Pathogenesis of human immunodeficiency virus infection. *Microbiological Reviews*, 57:185–289.

Lert, F. and Pialoux, G. (2010) Numéro thématique – L'infection à VIH-sida en France en 2009 : dépistage, nouveaux diagnostics et incidence. *Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire*, 45-46:449-476.

Lo, Y., Wu, P., Hsieh, C., Chen, M., Shen, W., Hsieh, S., Sun, H., Liu, W., Hung, C., Chang, S. (2011) Late diagnosis of Human Immunodeficiency Virus infection in the era of highly active Antiretroviral Therapy: role of socio-behavioural factors and medical encounters. *Journal of the Formosan Medical Association*, 110(5):306-315.

Liuzzi, G., Chirianni, A., Clementi, M., Bagnarelli, P., Valenza, A., Cataldo, P.T., Piazza, M. (1996) Analysis of HIV-1 load in blood, semen and saliva: evidence for different viral compartments in a cross-sectional and longitudinal study. *AIDS*, 10:F51-F56.

Mandalia, S., Mandalia, R., Lo, G., Chadborn, T., Sharott, P., Youle, M., Anderson, J., Baily, G., Brette, R., Fisher, M., Compels, M., Kinghorn, G., Johnson, M., McCarron, B., Pozniak, A., Tang, A., Walsh, J., White, D., Williams, I., Gazzard, B., Beck, E.J. (2010) Rising population cost of treating people living with HIV in the UK, 1997-2013. *PLoS One*, 5, 12: e15677.

Mignone, J., Migliardi, P., Harvey, C., Davis, J., Madariaga-Vignudo, L., Pindera, C. (2014) HIV as Chronic Illness: Caregiving and Social Networks in a Vulnerable Population. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 26(3):235–245.

Milligan, C., and Overbaugh, J. (2015) The role of cell-associated virus in mother-to-child HIV transmission. *Journal of Infectious Diseases*, 210 (Supplement 3):S631-40.

Mukolo, A., Villegas, R., Aliyu, M., Wallston, K.A. (2013) Predictors of Late Presentation for HIV Diagnosis: A Literature Review and Suggested Way Forward. *AIDS and Behaviour*, 17(1):5-30.

Ndiaye, B., Salleron, J., Vincent, A., Bataille, P., Bonnevie, F., Choisy, P., Cochonat, K., Fontier, C., Guerroumi, H., Vandercam, B., Melliez, H., Yazdanpanah, Y. (2011) Factors associated with presentation to care with advanced HIV disease in Brussels and Northern France: 1997-2007. *BMC Infectious Diseases*, 11(1):11

O'Connor, S.J., Manship, S., Hart, M., Tudor, F., Clift, S. (2014a) Phase 1 Research Report on the IMPRESS Health 2 (Interreg IVA Channel Programme) Project 4155: Understanding factors behind the late testing and diagnosis of HIV. ISBN 978-1-909067-31-8. Available at: <http://create.canterbury.ac.uk/12830/>

O'Connor, S.J., Clift, S., Diouf, M., Lorenzo, P., Manship, S., Trouillet, H., Schmit, J. (2014b) Phase 1 Anglo-French Research Report on the IMPRESS Health 2 (Interreg IVA Channel Programme) Project 4155: Understanding factors behind the late testing and diagnosis of HIV. ISBN 978-1-909067-37-0.

Paz-Bailey, G., Raymond, H.F., Lansky, A., Mermin, J. (2014) Using the National HIV Behavioral Surveillance System to inform HIV prevention efforts in the United States. *AIDS Behaviour*, 18 (Supplement 3):S233-6.

Pereira, G., de Souza, S., Caetano, K., Martins, R., Gir, E., Minamisava, R., Gomes, J., Teles, S. (2011) Late HIV diagnosis and survival within 1 year following the first positive HIV test in a limited-resource region. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 22(4):313-319.

Public Health England (2015) Sexual and reproductive health in England: A guide to local and national data (Revised December 2014). [En ligne]. Disponible à l'adresse : https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/395207/PHE_Guide_to_National_Local_Sexual_Reproductive_Health_Data.pdf. Consulté le 24 avril 2015).

Public Health England (2013) HIV in the United Kingdom: 2013 Report. London: Public Health England.

Pudney, J., Oneta, M., Mayer, K., Seage, G., Anderson, D. (1992) Pre-ejaculatory fluid as potential vector for sexual transmission of HIV-1. *Lancet*, 340:1470.

Rashbrook, E. (2013) HIV Prevention Needs Assessment for London. London: Public Health England

Ross, P., Humble, A., Blum, I. (2013) Sexuality and HIV/AIDS: An Exploration of Older Heterosexual Women's Knowledge Levels. *Journal of Women & Aging*, 25(2):165-182.

Rousseau, C.M., Nduati, R.W., Richardson, B.A., Steele, M.S., John-Stewart, G.C., Mbori-Ngacha, D.A., Kreiss, J.K., Overbaugh, J. (2003) Longitudinal analysis of HIV type-1 RNA in breast milk and its relationship to infant infection and maternal disease. *Journal of Infectious Diseases*. 187:741-46.

Savasta, A.M. (2004) HIV: Associated transmission risks in older adults: An integrative review of the literature. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 15:50-59.

Schrantz, S.J., Babcock, C.A., Theodosios, C., Brown, S., Mercer, S., Pillow, M.T., Watts, K., Taylor, M., Pitrak, D.L. (2011) A targeted, conventional assay, Emergency Department HIV testing program integrated with existing clinical procedures. *Annals of Emergency Medicine*, 58(1):S85-S88.

Schwarcz, S., Richards, T.A., Frank, H., Wenzel, C., Hsu, L.C., Chin, C.J., Murphy, J., Dilley, J. (2011) Identifying barriers to HIV testing: personal and contextual factors associated with late HIV testing.

AIDS Care, 7:892-900.

Shugars, D.C. and Whal, S.M. (1998) The role of the oral environment in HIV-1 transmission. *Journal of the American Dental Association*, 129:851-858.

Sudarshi, D., Pao, D., Murphy, G., Parry, J., Dean, G., Fisher, M. (2008) Missed opportunities for diagnosing primary HIV infection. *Sexually Transmitted Infections*, 84:14-16.

Sullivan, A.K., Curtis, H., Sabin, C.A., Johnson, M.A. (2005) Newly diagnosed HIV infections: review in the UK and Ireland. *British Medical Journal*, 330:1301-2.

THT. HIV postal test. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <http://www.tht.org.uk/sexual-health/HIV-STIs/HIV-AIDS/HIV-postal-test>. Consulté le 12 février 2014.

UNAIDS (2012) Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2012. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <http://www.unaids.org/en/resources/publications/2012/name,76121,en.asp>. Consulté le 24 avril 2015.

Vives, N., Carnicer-Pont, D., Garcia de Olalla, P., Camps, N., Esteve, A., Casabona, J. (2012) Factors associated with late presentation of HIV infection in Catalonia, Spain. *International Journal of STD & AIDS*, 23:475-480.

WHO/UNAIDS/UNICEF (2011) Global HIV/AIDS Response: Epidemic update and health sector progress towards Universal Access 2011. [En ligne]. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/en/. Consulté le 24 avril 2015.

World Health Organisation (2007) Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities. Geneva: World Health Organisation.

Wohlgemut, J., Lawes, T., Laing, R.B.S. (2012) Trends in missed presentations and late HIV diagnosis in a UK teaching hospital: a retrospective comparative cohort study. *BMC Infectious Disease*, 12(72).

Yang, B., Chan, S., Mohammad, N., Meyer, J., Risser, J., Chronister, K.J., Wolverton, M., Arafat, R., Hwang, L. (2010) Late HIV diagnosis in Houston/Harris County, Texas, 2000-2007. *AIDS Care*, 22(6):766-774.

Yazdanpanah, Y., Lange, J., Gerstoft, J., Cairns, G. (2010) Earlier testing for HIV – how do we prevent late presentation? *Antiviral Therapy*, Supp 1:17-24.

Zoufaly, A., an der Heiden, M., Marcus, U., Hoffmann, C., Stellbrink, H., Voss, L., van Lunzen, J., Hamouda, O. (2012) Late presentation for HIV diagnosis and care in Germany. *HIV Medicine*, 13(3): 172-181.

