



HAL
open science

Étude de l'opinion des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) sur la prévention primaire du VIH, en particulier sur les campagnes de prévention médiatiques, à La Réunion

Eugénie Fragu

► **To cite this version:**

Eugénie Fragu. Étude de l'opinion des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) sur la prévention primaire du VIH, en particulier sur les campagnes de prévention médiatiques, à La Réunion. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02418621

HAL Id: dumas-02418621

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02418621>

Submitted on 19 Dec 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**UNIVERSITÉ DE LA RÉUNION
UFR SANTÉ**

Année : 2019

N° : 2019LARE031M

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Étude de l'opinion des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) sur la
prévention primaire du VIH, en particulier sur les campagnes de
prévention médiatiques, à La Réunion**

Présentée et soutenue publiquement le 10/12/2019 à 18h00
à La Réunion

Par Eugénie FRAGU

JURY

Président :

Monsieur le Professeur VON THEOBALD Peter

Assesseurs :

Madame le Docteur LEBRETON Nelly

Madame le Docteur THORE Emmanuelle

Monsieur le Docteur ROBERT Christian

Rapporteur :

Madame le Docteur ROQUEBERT Bénédicte

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur GAUD Catherine

**UNIVERSITÉ DE LA RÉUNION
UFR SANTÉ**

Année : 2019

N° : 2019LARE031M

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Étude de l'opinion des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) sur la
prévention primaire du VIH, en particulier sur les campagnes de
prévention médiatiques, à La Réunion**

Présentée et soutenue publiquement le 10/12/2019 à 18h00
à La Réunion

Par Eugénie FRAGU

JURY

Président :

Monsieur le Professeur VON THEOBALD Peter

Assesseurs :

Madame le Docteur LEBRETON Nelly

Madame le Docteur THORE Emmanuelle

Monsieur le Docteur ROBERT Christian

Rapporteur :

Madame le Docteur ROQUEBERT Bénédicte

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur GAUD Catherine

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Table des matières

Table des illustrations.....	- 4 -
Liste des abréviations.....	- 5 -
I. Préambule.....	- 7 -
1. Epidémiologie	- 7 -
a) Histoire du VIH dans le monde.....	- 7 -
b) Point épidémiologique en France	- 8 -
c) Contexte actuel	- 10 -
2. Politique de prévention actuelle	- 11 -
a) Prévention diversifiée	- 11 -
b) Recommandations actuelles	- 17 -
c) Place du médecin généraliste dans la prévention actuelle	- 21 -
d) La sexualité dans l'éducation	- 23 -
3. Zoom sur la Réunion	- 25 -
a) Histoire du VIH dans la région Océan Indien, et à la Réunion	- 25 -
b) Contexte actuel à la Réunion	- 26 -
c) La sexualité dans l'éducation à la Réunion.....	- 28 -
II. Introduction	- 30 -
III. Matériels et Méthodes.....	- 31 -
IV. Résultats.....	- 34 -
V. Discussion.....	- 54 -
VI. Conclusion.....	- 66 -
VII. Références bibliographiques.....	- 68 -
VIII. Annexes	- 77 -

Table des illustrations

Figure 1 : Facteurs permettant d'identifier les sujets à haut risque d'acquisition du VIH-1	- 18 -
Figure 2 : Proposition de stratégie de dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) par population	- 21 -
Figure 3 : Signes, symptômes et pathologies évocatrices et pour lesquelles un test de dépistage doit être systématiquement demandé	- 22 -
Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques des patients	- 37 -
Tableau 2 : Modes de contamination des patients selon leurs origines, et leur sexe	- 38 -
Tableau 3 : Modes de contamination et de dépistage des patients	- 40 -
Histogramme n°1 : Moyens de communication de prévention ayant été efficaces selon le mode de contamination	- 42 -
Histogramme n°2 : Messages de prévention ayant été efficaces selon le mode de contamination	- 43 -
Histogramme n°3 : Proposition de moyens de communication de prévention selon le mode de contamination	- 44 -
Histogramme n°4 : Moyen de communication le plus efficace selon le mode de contamination	- 45 -
Histogramme n°5 : Lieux de prévention les plus appropriés	- 46 -
Histogramme n°6 : Langues des campagnes de prévention	- 47 -

Liste des abréviations

ADVIH : Autotest de dépistage de l'infection par le VIH

AES : accident d'exposition au sang

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

ARSOI : Agence régionale de santé Océan Indien

CDAG : Centre de dépistage anonyme et gratuit

CeGIDD : Centre gratuit d'informations, de dépistage et de diagnostic

CIDDIST : Centres d'Informations, de dépistage et de diagnostic des IST

CNGE : Collège national des généralistes enseignants

GSA : Gay-straight alliance

HAS : haute autorité de santé

HSH : Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes

IDF : Île de France

Inpes : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

IST : Infections sexuellement transmissibles

IVG : Interruption volontaire de grossesse

LGBT : Lesbian, gay, bisexual, and transgender

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACA : Provence-Alpes-Côte-d'Azur

PrEP : Prophylaxie pré-exposition

PVVIH : Personnes vivant avec le VIH

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise

SUMPPS : Services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé

TARV : Traitement anti rétroviral

TASP : Traitement comme prévention

TPE : Traitement post-exposition

TROD : Test rapide d'orientation diagnostique

UDI : Usagers de drogues injectables

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

I. Préambule

1. Epidémiologie

a) Histoire du VIH dans le monde

L'épidémie du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) a été décrite pour la première fois aux Etats-Unis, début des années 80, suite à plusieurs cas de patients atteints de pneumocystose au stade Syndrome d'Immunodéficience Acquise (SIDA) de la maladie (1). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que près de 78 millions de personnes ont contracté le virus dans le monde, et 35 millions en sont décédées, ces trente dernières années (2).

En 2017, 37 millions de personnes vivaient avec le VIH, et le nombre de nouvelles infections (1,8 millions) était en baisse de plus de 45% par rapport à 2001 (2,3). Au cours des dernières années, d'énormes progrès ont été réalisés dans la lutte contre l'infection notamment par un accès croissant des patients aux traitements antirétroviraux (TARV) et aux services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH ; et une amélioration considérable des TARV, tant dans leur efficacité, que dans leur tolérance clinique et biologique, et leur posologie. Les progrès constatés restent cependant inégaux. Si en Afrique Subsaharienne et dans les Caraïbes (régions les plus touchées par l'infection), le nombre de personnes traitées augmente et celui des nouvelles infections diminue ; les tendances de l'épidémie sont quant à elles préoccupantes au Moyen-Orient, en Afrique du Nord, en Europe de l'Est et en Asie centrale (4).

Dans de nombreux pays à revenus élevés, tels que la France, l'épidémie est stable depuis 2011, mais elle est loin d'être complètement contrôlée (5). Si la mortalité a considérablement diminué, le nombre de nouvelles contaminations reste sensiblement constant. Un point reste commun à tous les pays : le dépistage et la prise en charge de l'infection par le VIH sont trop tardifs.

b) Point épidémiologique en France

i. Incidence et prévalence du VIH en France

Selon les dernières estimations, 153 400 personnes vivent actuellement avec le VIH en France (5). La prévalence du VIH a augmenté de 70% depuis 2000 notamment par l'amélioration de la survie des personnes vivant avec le VIH (PVVIH), mais également par l'occurrence de nouvelles contaminations (4). Environ 6 000 personnes découvrent chaque année leur séropositivité (6). Ce chiffre est stable depuis 2011. Mais, malgré d'importants progrès dans le domaine de la prévention, du dépistage et de la prise en charge des PVVIH, l'épidémie reste active. On estime en effet que 30 000 personnes en France ignoreraient leur séropositivité et seraient responsables de 60 % des nouvelles contaminations (7).

ii. Caractéristiques et modes de contamination

Les caractéristiques socio-démographiques des PVVIH en France sont stables depuis 2011 (5, 6). La majorité sont des hommes (52% nés en France, et 31% originaires d'Afriques subsaharienne). Le nombre de PVVIH de plus de 50 ans tend à se stabiliser depuis 2015. On observe cependant une augmentation des découvertes de VIH chez les moins de 25 ans (14% en 2017, 11% en 2014) (8).

Les contaminations touchent principalement les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) (45%, en augmentation depuis 2015) et les hétérosexuels nés à l'étranger (38%, en diminution depuis 2015). Le nombre d'hétérosexuels nés en France contaminés diminue (15%) et celui des usagers de drogues injectables (UDI) reste stable (5, 6).

iii. Circonstances de découverte

La majorité des découvertes de VIH sont faites à un stade précoce, asymptomatique. Mais malgré cette tendance, des découvertes à des stades trop tardifs persistent, en moyenne 3 à 4,5 ans après la contamination (28% des découvertes se font au stade clinique SIDA, ou à un taux de CD4 inférieur à 200 mm³). Ces découvertes concernent principalement la population hétérosexuelle (6).

En 2017, la moitié des PVVIH dépistées, en France, n'avait jamais été testée auparavant. Pourtant, l'activité de dépistage en laboratoire aussi bien de ville

qu'hospitalier ne cesse d'augmenter, avec près de 5,6 millions de sérologies rapportées sur l'année 2017 (6). Le dépistage dans les cadres anonymes a diminué depuis la restructuration des CeGIDD (Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic) en 2015 (la levé d'anonymat n'y est cependant pas systématique, et incombe toujours aux patients, qui choisissent encore en majorité de ne pas le lever) (9). Les dépistages communautaires par les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) et les autotests sont principalement utilisés pour les populations les plus exposées, mais leur utilisation reste marginale comparée à celle des sérologies réalisées au laboratoire.

Les DOM-TOM sont les régions où l'activité de dépistage est la plus forte, ainsi que l'Île de France (IDF) et la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur (PACA).

iv. Les particularités de l'épidémie en France

Comme l'explique le Pr Pialoux dans un article récent (34), les chiffres des nouvelles contaminations pour l'année 2017 sont moins encourageants que dans de nombreux pays occidentaux, puisque l'on n'observe aucune baisse du nombre de nouvelles contaminations. Il explique que, même si certaines populations clés sont plus exposées, la difficulté à contrôler l'épidémie en France réside probablement dans le fait qu'elle ne soit pas concentrée géographiquement. L'étude Prevagay de 2015 (36), réalisée dans des lieux de convivialité gay citadins, montre des prévalences élevées non seulement à Paris mais aussi à Montpellier, Nice, Lille, ou Lyon. Il semble que les modes de prises de risques actuels, notamment le Chemsex, aient déplacé l'épidémie des grands centres de consommations sexuelles comme le Marais à Paris, vers les provinces, devenues hors d'atteinte des centres de dépistage et de santé sexuelle. Il prend l'exemple des États-Unis où des pics épidémiques ruraux inhabituels ont été observés autour des grandes villes connues pour leur prévalence pour le VIH, pour lesquels un effort inter-état a été entrepris. Il pose alors la question, en France, des interactions entre les structures locales et les Agences régionales de santé sur les spécificités régionales de la lutte contre le VIH.

c) Contexte actuel

i. Recrudescence des IST, majoration des conduites à risque

On observe, depuis quelques années en France, comme dans d'autres pays d'Europe et aux Etats-Unis, une augmentation de l'incidence des infections sexuellement transmissibles (IST), dont le VIH, chez les jeunes âgés de 15 à 29 ans, y compris chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans, majoritairement HSH. L'augmentation de fréquence des chlamydioses, gonococcies et syphilis se confirme dans certaines données récemment rapportées pour 2016 (6, 10). Ainsi, un quart des découvertes de séropositivité, deux tiers des cas de gonococcies et plus de deux tiers des cas de chlamydioses concernent les moins de 25 ans. Entre 2012 et 2014, la fréquence des gonococcies a plus que doublé, et celle de la syphilis a augmenté de 50% alors qu'elle avait quasiment disparu en France, depuis les années 2000. Cela est probablement lié à un dépistage plus important, et à l'utilisation croissante de techniques biologiques performantes par les laboratoires, mais également par une réelle augmentation du nombre de cas, traduisant une augmentation des conduites à risque.

ii. Banalisation chez les jeunes

Plusieurs études montrent une tendance à la banalisation de l'infection par le VIH, et principalement dans la population jeune (11, 12, 15). On observe en effet, une diminution de la crainte de l'infection chez les moins de 25 ans et les HSH, et de ce fait une diminution de l'usage systématique du préservatif. Leurs connaissances des modes de transmission baissent. L'utilisation du préservatif au premier rapport reste élevée mais s'effondre ensuite. Une enquête réalisée récemment auprès de lycéens et d'étudiants français (13, 14), révèle qu'un étudiant sur deux n'utilise pas de préservatif à chaque rapport sexuel. 37% déclarent ne pas en mettre lorsque la partenaire prend la pilule. 7 étudiants sur 10 reconnaissent ne pas se faire dépister de façon systématique, dont 41% jamais. Pour justifier ce comportement, 58% considèrent ne pas avoir pris de risques suffisants, quand 14% avouent ne pas savoir où se rendre pour pratiquer ce type de test. Près de 15% des étudiants (et 9% des lycéens) pensent que le VIH peut être transmis par une simple piqûre de moustique, 6% en embrassant une personne séropositive et 4% en buvant dans son verre.

Cette baisse d'intérêt pour le VIH et les IST peut expliquer leur recrudescence dans la population jeune et les HSH. Elle reflète un désintéressement et une baisse d'efficacité des messages de prévention à l'égard de toute une population, qui n'a pas connu l'époque où l'épidémie faisait des ravages.

2. Politique de prévention actuelle

La prévention représente « l'ensemble des mesures pour lesquelles le bon de niveau de preuve scientifique justifie de les appliquer pour aboutir à un effet maximum de réduction de la transmission du VIH à l'échelle de la population. » (17).

Le rapport d'experts dit rapport Morlat rappelle qu'environ 49 000 personnes en France vivent avec le VIH et une charge virale non contrôlée (dont plus de la moitié ignoraient leur séropositivité) (16). Cette « épidémie cachée » est à l'origine de la majorité des nouvelles contaminations, souvent découvertes à un stade avancé ou tardif. Elle maintient un effet d'entraînement sur la dynamique de l'épidémie, en maintenant un réservoir viral. L'un des axes majeurs de la lutte actuelle contre le VIH est donc l'accès au dépistage. Le premier objectif de l'Onusida pour 2020 est la cible des « 3x90 » : 90% des PVVIH connaissent leur statut sérologique, 90% des PVVIH dépistées reçoivent un TARV de façon durable, et 90% des PVVIH recevant un TARV ont une charge virale durablement supprimée (18). Cette cible atteinte permettrait à la communauté mondiale de mettre fin à l'épidémie du sida d'ici à 2030, ou au moins d'atteindre les « 3x95% ». En 2016, les objectifs étaient déjà presque atteints à l'échelle nationale, puisque 81% des PVVIH connaissaient leur statut, 86% étaient traités, et 80% avaient une charge virale indétectable (45). La finalité serait de réduire le délai entre la contamination et le diagnostic, afin de mettre en place un traitement le plus précocement possible. Et cela en améliorant la connaissance et l'accès à l'offre (18, 19).

a) Prévention diversifiée

Le concept de prévention diversifiée, aussi dite combinée, est une approche de prévention qui s'est développée depuis une dizaine d'années, devant les limites de la prévention centrée sur la seule utilisation du préservatif. Elle est définie comme

« l'association de mesures structurelles à des interventions biomédicales et comportementales » (17). Elle associe donc une éducation sur les mesures comportementales telles que l'utilisation du préservatif, aux stratégies de dépistage et à l'accès au TARV (en traitement curatif, mais également en traitement préventif). Aucune de ces approches préventives n'est susceptible à elle seule de faire régresser l'épidémie de manière durable. Cependant, la combinaison de ces approches est synergique, et peut être adaptée aux populations cibles. Une politique volontariste américaine a montré qu'associer un accroissement du dépistage à un traitement universel, et une lutte importante contre la stigmatisation du VIH, de la sexualité, et de l'orientation sexuelle permettait une réduction significative de l'incidence du VIH (25).

i. Mesures comportementales

Le préservatif est considéré comme l'outil indispensable dans la prévention diversifiée, puisqu'il protège contre toutes les IST. Son efficacité théorique est de 98%. Il réduit de 80% le risque de transmission lors d'un rapport hétérosexuel, et de 64% lors d'un rapport homosexuel (17). Son niveau élevé de protection, son faible coût, sa facilité d'utilisation et son acceptabilité font de lui le moyen de prévention du VIH et des autres IST, le plus accessible à tous. Il est donc important d'en poursuivre sa promotion, d'en faciliter son offre, et de permettre l'apprentissage à son utilisation avant l'entrée dans la sexualité.

Le préservatif est surtout utilisé chez les jeunes et les HSH, qui se le procurent généralement gratuitement. Cependant, son utilisation est en diminution chez les 18-30 ans, ainsi que chez les HSH (15, 16, 20).

Depuis le 10 décembre 2018, le préservatif est remboursé par l'Assurance Maladie à un taux de 60% (prix de vente de 1,30 euros la boîte de six). La délivrance, sous forme de boîtes de six, douze ou vingt-quatre préservatifs, s'effectue en officine de pharmacie sur présentation d'une prescription médicale ou d'une sage-femme. (22, 23)

ii. Stratégies de dépistages

MODALITÉS DE DÉPISTAGE

Il existe en France trois modalités de dépistage du VIH, de performances quasi équivalentes, sauf en cas d'infection récente de moins de trois mois (24) :

- Le test ELISA de 4^e génération :

Il détecte simultanément les anticorps anti VIH-1 et anti VIH-2, et l'antigène p24. Il permet donc un dépistage des infections récentes, de moins de trois mois. Il peut être réalisé aussi bien laboratoire de ville qu'en hospitalier. Un résultat négatif signe l'absence d'infection par le VIH, sauf en cas d'une exposition de moins de six semaines. Un résultat positif devra être confirmé par un test Western-Blot sur le même prélèvement. Un deuxième Elisa devra être réalisé sur un prélèvement distinct, pour éliminer une erreur humaine.

Le test ELISA au laboratoire était la technique de référence sur l'année 2017, avec près de 5,6 millions de sérologies réalisées (6). Afin de faciliter et d'encourager la réalisation de ce test de dépistage, la Haute autorité de santé (HAS), dans son dernier rapport (24) rappelle la possibilité de pouvoir le réaliser, sans prescription ou sur invitation de l'Assurance maladie, dans n'importe quel laboratoire d'analyses médicales.

- Le test rapide d'orientation diagnostique (TROD) :

C'est un test à lecture visuelle, de réalisation simple, conçu pour donner un résultat rapidement (souvent quelques minutes). Il peut être réalisé par une personne qui n'est pas forcément un professionnel de santé. Un résultat positif doit être confirmé par un test ELISA. Un résultat négatif n'est pas interprétable en cas de prise de risque dans les trois mois.

Les TROD peuvent être utilisés par les professionnels de santé lors de certaines situations d'urgences (accouchement d'une femme de statut inconnu, AES...) (43), par les CeGIDD et les milieux associatifs agréés, ainsi que les médecins généralistes. Les TROD peuvent également être utilisés par les pairs des personnes appartenant à des groupes à risque. Ces populations, où l'épidémie est concentrée, ne s'orientent que très peu vers les professionnels de santé. Ces TROD dits « communautaires » représentent donc un enjeu de santé majeur, pour aller chercher les séropositifs qui s'ignorent.

- L'autotest de dépistage de l'infection par le VIH (ADVIH) :

C'est un test rapide, qui utilise la même technologie que les TROD. Il est destiné à être utilisé dans un environnement domestique par des utilisateurs sans compétence médicale. Le prélèvement et l'interprétation sont effectués directement par l'intéressé. Un résultat positif doit être confirmé par un test ELISA. Un résultat négatif n'est pas interprétable en cas de prise de risque dans les trois mois.

Les ADVIH sont en vente en pharmacie mais ils sont coûteux. Ils peuvent être mis à disposition gratuitement dans les structures habilitées. Ils permettent d'étendre les dépistages dans des lieux différents, et diversifiés. Ils sont surtout utilisés par les populations les plus exposées n'osant pas connaître leur statut en entretien avec une tierce personne. Leur utilisation reste marginale pour le moment.

STRUCTURES D'ACCÈS AU DÉPISTAGE

En plus de l'accès aux dépistages par les établissements de santé ou la médecine de ville, plusieurs structures se sont créées en France, afin faciliter un maximum l'offre et l'accès au dépistage :

- Les centres gratuits d'information, de dépistage, et de diagnostic (CeGIDD) :

Ils remplacent les Centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et les Centres d'Informations, de dépistage et de diagnostic des IST (CIDDIST) depuis le 1^{er} janvier 2016 (9).

Ils assurent dans leurs locaux, ou hors murs, notamment auprès des publics les plus concernés : la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH et les hépatites, ainsi que l'accompagnement dans la recherche de soins appropriés ; la prévention, le dépistage et le diagnostic des IST ; la prévention des autres risques liés à la sexualité, dans une approche globale de santé sexuelle (notamment par la prescription de contraception).

- Les structures associatives agréées :

Depuis 2011, le dépistage communautaire dans des locaux associatifs, des espaces de vie, ou des dépistages mobiles dans la rue, au moyen des TROD, s'est beaucoup développé. Il a montré une meilleure accessibilité aux personnes restées à l'écart de l'offre traditionnelle de dépistage et aux différents publics très exposés. Conçue pour compléter l'offre traditionnelle de dépistage et faciliter l'accès au dépistage, cette

nouvelle offre a confirmé son acceptabilité (notamment en milieu délocalisé), et les taux de positivité sont élevés, mettant en évidence un ciblage efficace des personnes (23).

Comme le constate le Pr Pialoux (34), malgré les 12% d'augmentation du nombre de dépistage réalisés, la France connaît encore un déficit de dépistages. Si on se réfère aux recommandations de l'HAS (24), qui préconisent un test au moins au cours de la vie en population générale, un test chez les HSH tous les trois mois et un test annuel pour les migrants et les UDI, ce n'est pas cinq millions de tests que nous devrions constater mais plus de quinze millions... Les efforts sont donc à poursuivre pour multiplier les accès aux dépistages. En Grande Bretagne, de nouveaux centres de dépistage ont vu le jour depuis 2012, permettant aux patients de s'enregistrer sur une borne, de récupérer leurs tubes, de faire leurs propres prélèvements, de les déposer et d'avoir les résultats trois heures plus tard dans la journée. Cette nouvelle approche a permis d'augmenter de 50% de nombre de tests réalisés par les HSH britanniques entre 2013 et 2016 (66), et donc le mise sous traitement précoce des nouvelles PVVIH.

iii. Prévention biomédicale – Accès aux traitements anti rétroviraux

Comme cité précédemment, l'un des objectifs nationaux est de traiter plus de 90% des PVVIH dépistés, et de rendre leur charge virale indétectable. Depuis environ dix ans, l'utilisation des TARV a évolué vers un cadre préventif, et est aujourd'hui utilisé comme outil de prévention secondaire, mais aussi primaire.

- Prophylaxie pré-exposition (PrEP)

La PrEP est l'utilisation d'un TARV en prévention de l'acquisition du VIH, chez les sujets non infectés. L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a établi en 2015 une recommandation temporaire d'utilisation du Truvada® dans la PrEP. Elle représente un outil additionnel d'une stratégie de prévention diversifiée du VIH chez les personnes âgées de 18 ans ou plus, à haut risque d'acquisition du VIH par voie sexuelle. La Commission européenne a depuis accordé, en août 2016, une extension d'AMM au Truvada® dans cette même indication, chez les adultes à haut risque de contamination (46).

Elle représente aujourd'hui le pilier de l'arsenal préventif chez les populations cibles, en compléments des autres outils et stratégies existants. Elle est recommandée chez les patients à haut risque d'acquisition du VIH (Figure 1). Elle est contre-indiquée en présence de signes de primo-infection, en cas d'allaitement, d'insuffisance rénale, d'hypersensibilité à l'un des composants, de séropositivité, ou de statut sérologique inconnu.

Les données publiées par l'ANSM le 29 novembre 2018 indiquent, sur l'ensemble du territoire, une forte augmentation des initiations de PrEP, avec un renouvellement régulier du traitement préventif dans la grande majorité des cas. Dans les DOM, la mise en route d'une PrEP est restée rare (26). Et cette augmentation nationale reste bien moindre que dans les autres pays occidentaux. Le Pr Pialoux, parle d'un déficit quantitatif de personnes sous PrEP, avec seulement 10% de la cible minimale admise par les autorités de santé. Mais également d'un déficit qualitatif, d'une part en lien avec des critères jugés trop sélectifs de mise sous PrEP, et d'autre part par la nécessité de favoriser la dispensation intra-hospitalière qui permettrait d'augmenter la part des génériques, qui est de l'ordre de 70% dans les plus gros centres parisiens (34).

<p>Les critères suivants peuvent aider à identifier les individus à haut risque :</p> <ul style="list-style-type: none">• Homme ayant des rapports sexuels avec des hommes ou personnes transgenres ET au moins l'un des critères ci-dessous :<ul style="list-style-type: none">– Rapports sexuels anaux non protégés avec au moins 2 partenaires sexuels différents dans les six derniers mois ;– Episodes d'infections sexuellement transmissibles (IST) dans les 12 derniers mois (syphilis, gonococcie, infection à <i>Chlamydia</i>, primo-infection hépatite B ou hépatite C) ;– Plusieurs recours à la prophylaxie post-exposition (PEP) dans les 12 derniers mois ;– Usage de drogues psycho-actives (cocaïne, GHB, MDMA, méphédron) lors des rapports sexuels (Cf. autre section de ce même chapitre).• Autres personnes en situation à haut risque d'acquisition de l'infection par le VIH chez lesquelles une PrEP peut être envisagée au cas par cas :<ul style="list-style-type: none">– Sujet en situation de prostitution soumis à des rapports sexuels non protégés ;– Sujet en situation de vulnérabilité exposant à des rapports sexuels non protégés avec des personnes appartenant à un groupe à prévalence du VIH élevée :<ul style="list-style-type: none">• Sujet originaire de région à forte prévalence pour le VIH• Sujet ayant des partenaires sexuels multiples• Sujet usager de drogues injectables– Sujet ayant des rapports non protégés avec des personnes ayant des facteurs physiques augmentant le risque de transmission de l'infection par le VIH chez la personne exposée : ulcération génitale ou anale, IST associée, saignement ;– Autre situation jugée à haut risque d'acquisition du VIH par voie sexuelle.
--

FIGURE 1 : FACTEURS PERMETTANT D'IDENTIFIER LES SUJETS A HAUT RISQUE D'ACQUISITION DU VIH-1 (17)

- Traitement comme prévention (TASP)

Le TASP, qui permet d'éviter la transmission du VIH des PVVIH à leurs partenaires, en contrôlant la charge virale, constitue un enjeu majeur pour contrôler l'épidémie. Il est recommandé le plus précocement possible, dans l'optique d'une diminution de la morbi-mortalité à l'échelle individuelle et d'une diminution de la transmission du VIH à l'échelle collective. En France, 80 % des PVVIH avaient une charge virale contrôlée sous TARV en 2016 (45), mais cela ne permet pas encore d'endiguer la progression de l'épidémie du VIH. Ainsi, des niveaux de couverture en TARV et de contrôle de la charge virale beaucoup plus élevés, y compris pendant la période de primo-infection, paraissent nécessaires pour que le traitement utilisé comme outil de prévention puisse permettre de contrôler significativement et durablement l'épidémie.

- Traitement post-exposition (TPE)

Le TPE est un traitement d'urgence. Il est utilisé suite à une exposition potentiellement à risque de contamination (rupture ou oubli de préservatif, partage ou réutilisation de seringues, AES).

C'est une trithérapie qui va bloquer la multiplication et la dissémination du virus. Elle est d'autant plus efficace que son délai d'initiation est court. Idéalement, elle doit être prise dans les 4 heures suivant l'exposition, mais elle peut être initiée au plus tard jusqu'à 48 heures après l'exposition (27). Elle peut être initiée par un médecin urgentiste pour une durée de deux à quatre jours (kits de 3 jours disponibles au niveau des urgences), puis réévaluée secondairement par un médecin spécialisé, référent VIH, qui la prolongera pour une durée totale de 28 jours si nécessaire. Elle peut aussi être directement prescrite, dans les CeGIDD ou les services spécialisés, par un médecin référent pour 28 jours d'emblée. Un contrôle sera nécessaire un mois puis six semaines après la fin du traitement afin de vérifier que le statut sérologique du patient ne change pas.

b) Recommandations actuelles

La HAS recommandait en 2009 un dépistage de la population générale (personne de 15 à 70 ans sans facteur de risque d'exposition) en plus du dépistage des populations à risque, au moins une fois dans leur vie (44). L'objectif principal d'une telle approche était d'améliorer la détection précoce de l'infection et de réduire le retard à la prise en charge. Il s'agissait également de promouvoir l'idée que

l'amélioration de la connaissance du statut sérologique de la population générale pouvait être à l'origine de bénéfices importants. Le maintien et le renforcement d'un dépistage ciblé et régulier pour les populations les plus exposées restait associé.

Cependant, depuis ces recommandations, le nombre de nouvelles infections n'a pas diminué (6). Ces nouvelles contaminations surviennent dans tous les groupes de la population et dans toutes les régions, mais certains groupes (HSH et hommes hétérosexuels nés à l'étranger notamment) et régions sont plus affectés que d'autres. Les études analysées dans le dernier rapport de la HAS (24) n'ont pas permis de conclure à une supériorité du dépistage universel versus un dépistage ciblé en termes de nombre de dépistages positifs ou de précocité du diagnostic. Plusieurs études économiques ont néanmoins confirmé l'efficacité de la stratégie de dépistage de tous les adultes au moins une fois au cours de leur vie, associé à un dépistage ciblé des populations clés.

Les dernières recommandations de la HAS de 2017 maintiennent donc la proposition d'un test de dépistage du VIH au moins une fois au cours de la vie des personnes de 15 à 70 ans (24). L'objectif restant de permettre le diagnostic des personnes qui ignorent leur séropositivité et de réduire l'épidémie cachée. La priorité se maintient envers des populations clés. La HAS recommande donc de renforcer la fréquence du dépistage dans ces populations. Le rapport d'experts, dit rapport Morlat, propose une stratégie de dépistage du VIH selon les populations, en s'inspirant de ces dernières recommandations (Figure 3). Le dépistage du VIH doit également être couplé à celui des autres IST. En effet, en 2016, ce sont environ 270 000 infections à Chlamydia et 50 000 infections à gonocoque qui ont été diagnostiquées. Le nombre de ces infections continue d'augmenter en 2017 (6). Il rappelle également les principaux symptômes évocateurs, devant faire réaliser un dépistage (Figure 2).

- Signes compatibles avec une primo-infection :

Signes cliniques compatibles avec un syndrome viral aigu persistant (fièvre, arthralgie, pharyngite, myalgie, asthénie) plus ou moins associé à une polyadénopathie, à des manifestations cutanéomuqueuses (éruption cutanée maculo-papuleuse, ulcérations buccales et/ou génitales) et/ou neurologiques (céphalées, mononévrite etc.) et/ou troubles digestifs (diarrhées, amaigrissement etc.).

Ou anomalies biologiques : hématologiques (thrombopénie, neutropénie, hyperlymphocytose dans le cadre d'un syndrome mononucléosique ou lymphopénie précoce) plus ou moins associées à une cytolysé hépatique.

- Découverte de pathologies opportunistes telles que décrites au stade C de la classification CDC ou dans le cadre d'autres maladies indicatrices (Source : Etude européenne HIDES, pathologies associées à une prévalence d'infection à VIH non diagnostiquée > 0,1%).

Pour rappel, les huit pathologies indicatrices de HIDES sont :

- Infections sexuellement transmissibles (IST) ;
- Lymphomes malins quel que soit le type * ;
- Dysplasie / cancer anal ou cervical * ;
- Zona ;
- Infection par le virus de l'hépatite B ou C, aiguë ou chronique, quelle que soit la date du diagnostic ;
- Syndrome mono-nucléosique ;
- Leucocytopénie ou thrombopénie de plus de 4 semaines non expliquée ;
- Dermite séborrhéique / exanthème.

** Pathologies pouvant correspondre selon leur type ou extension à des infections opportunistes classant SIDA - stade C classification CDC*

FIGURE 2 : SIGNES, SYMPTOMES ET PATHOLOGIES EVOCATRICES ET POUR LESQUELLES UN TEST DE DEPISTAGE DOIT ETRE SYSTEMATIQUEMENT DEMANDE (17)

Population générale

- Dépistage conjoint VIH-VHB-VHC au moins une fois au cours de la vie
- Dépistage VIH à chaque changement d'orientation de vie (dont multi-partenariat)
- Dépistage VIH lors de tout recours aux soins en l'absence de dépistage antérieur
- Dépistage VHB (Ag HBs, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc) en l'absence d'antécédent de vaccination (Prescrire une recherche d'infection par le virus delta en cas d'Ag HBs positif)
- Dépistage VHC (Ac anti-VHC) s'il n'a jamais été réalisé
- Test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) pour *Chlamydia trachomatis* par auto-prélèvement vaginal chez les femmes de 15 à 25 ans et dans le 1^{er} jet urinaire chez les hommes de 15 à 30 ans, renouvelé tous les ans en cas de rapports sexuels non protégés avec un nouveau partenaire ; l'utilisation d'une PCR mixte permet également le dépistage de l'infection à gonocoque dans cette population
- Frottis cervical : après deux frottis normaux à un an d'intervalle, prescrire un frottis tous les trois ans entre 25 et 65 ans et en l'absence de signes ou symptômes

Personnes migrantes

- En complément des recommandations pour la population générale, renouveler la proposition de dépistage coordonné au minimum une fois par an en cas de prise de risque

Travailleurs/ses du sexe

- En complément des recommandations pour la population générale, renouveler tous les ans le dépistage de l'infection à VIH, de la syphilis et de l'hépatite B (en l'absence de vaccination), voire plus fréquemment en cas de prise de risque

HSH et personnes transgenres à risque élevé

- Sérologies VIH et VHC au minimum tous les trois mois (ARN VHC si sérologie positive)
- Dépistage de la syphilis au moins une fois par an
- Recherche de gonocoques et *Chlamydia trachomatis* par prélèvement urinaire, anal et pharyngé (du fait de la fréquence élevée du portage asymptomatique) tous les trois mois (la prise en charge plafonnée pour le dépistage multi-sites de ces IST est aujourd'hui un frein à au dépistage)
- Sérologies VHB et VHA suivies d'une vaccination en cas de sérologies négatives.

UDI

- Sérologies VIH et VHC tous les ans (ARN VHC si sérologie positive)
- Sérologie VHB suivie d'une vaccination en cas de sérologie négative

Personnes vivant avec le VIH

- En fonction des comportements et pratiques à risque

FIGURE 3 : PROPOSITION DE STRATEGIE DE DEPISTAGE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST) PAR POPULATION (17)

Les professionnels de santé sont par ailleurs invités à saisir toutes les occasions de contact avec le système de santé, pour évoquer la question du dépistage du VIH et l'intérêt de la réalisation d'un test.

Devant les chiffres très alarmants chez les moins de 25 ans, publiés par santé publique France, en 2016 (6, 10), une feuille de route a été publiée en mars 2018 par le Ministère des affaires sociales et de la santé, et propose vingt-six mesures concrètes à établir entre 2018 et 2020 (28).

Les axes de prise en charge visent à améliorer l'information et la formation dans le domaine de la santé sexuelle (notamment par l'organisation régionale de campagnes

annuelles de dépistage des IST). À améliorer l'offre générale en santé sexuelle (notamment en étendant les missions des Services Universitaires de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SUMPPS) aux consultations de prévention des IST, et en transformant la consultation longue « IST/contraception » chez les médecins (généralistes et gynécologues), en une consultation globale « santé sexuelle » pour l'ensemble des jeunes, filles ou garçons). À renforcer l'offre de santé sexuelle destinée aux populations et territoires prioritaires (centres de santé d'approche communautaire, renforcement de l'offre de santé sexuelle pour les jeunes, soutien au développement associatif, et à la promotion d'actions innovantes). À accompagner des projets innovants comme le « PASS préservatifs » dans plusieurs régions de France permettant un accès gratuit aux préservatifs pour les moins de 25 ans, ou le site de la Boussole permettant aux jeunes de connaître leurs droits sociaux, et de répondre aux questions de santé notamment sexuelle). À promouvoir et coordonner la recherche en santé sexuelle.

Puis, à l'occasion du premier décembre 2018, la ministre de la santé a annoncé la gratuité d'accès aux préservatifs, en déclarant : *"On pourra maintenant, quand on est un jeune ou quand on présente des risques particuliers, ou pas d'ailleurs, quand on est une femme ou quand on est un homme, aller voir son médecin et avoir des préservatifs remboursés sur prescription médicale"*.

Dans ce contexte de prévention combinée du VIH, le dépistage doit donc encore être intensifié, notamment dans les populations les plus exposées. Cela permettra de réduire la proportion de ceux qui ignorent leur séropositivité, et de leur faire bénéficier d'un TARV.

c) Place du médecin généraliste dans la prévention actuelle

En tant que médecin de premier recours, le médecin généraliste tient une place centrale dans les actions de prévention du VIH dans la population générale, par l'éducation et l'accès au dépistage de sa patientèle. Le lien de confiance qu'il a tissé avec ses patients est un outil précieux, de poids, qu'il convient d'utiliser dans cette action préventive.

La majorité des sérologies de l'année 2017, ont été réalisées dans des laboratoires de ville, suggérant qu'elles ont majoritairement été prescrites par des médecins généralistes (6). Plusieurs études (29, 30) soulèvent cependant la difficulté des médecins généralistes, à aborder les questions de prises de risque avec leur patient, laissant plus souvent la prévention se faire à la demande du patient, plus qu'à l'initiative du médecin lui-même. Elles parlent « d'occasions manquées » par les médecins généralistes, qui ne proposent pas suffisamment les tests de dépistage dans des situations recommandées. Les auteurs concluent que les stratégies basées sur la reconnaissance des facteurs de risque ou des indications cliniques sont insuffisantes. Les médecins pourraient faire davantage de dépistages orientés sur des populations spécifiques ou sur la base de signes cliniques évocateurs. Le rapport d'experts, dit rapport Morlat, fait le même constat et, dans ses dernières recommandations (tableau 1), précise bien les différentes situations cliniques se devant voir proposer un dépistage, pour saisir toutes les « opportunités d'un dépistage large chez les personnes n'ayant pas bénéficié de test récent, lorsque l'occasion se présente » (17).

Les dernières recommandations du Collège national des généralistes enseignants (CNGE) remontent à 2012 et préconisent de « multiplier les propositions de test et de privilégier l'entretien orienté » (47). Contrairement aux préconisations de la HAS, elles ne recommandent pas de dépistage universel systématique en médecine générale, et remet en cause la faisabilité et le caractère systématique du dépistage universel du VIH. En se basant sur une étude transversale (48) réalisée en 2012 dans plusieurs services d'urgences d'IDF (région regroupant 50% des cas incidents annuels), le CNGE conclut qu'une stratégie de dépistage systématique du VIH aurait un impact mineur en termes de santé publique. Devant l'absence d'étude en médecine générale évaluant l'impact d'un dépistage universel, le CNGE recommande aux médecins généralistes d'évaluer les risques encourus par chaque patient si les conditions de la consultation l'autorisent et de proposer un test de dépistage s'ils le jugeaient nécessaire.

De plus, une étude prospective réalisée en 2011, met en évidence la réticence des médecins généralistes au dépistage universel. Plus de la moitié d'entre eux invoquent la difficulté à convaincre les patients, tandis que l'autre moitié reconnaissent ne pas être convaincus eux-mêmes par l'intérêt d'un dépistage systématique (49).

La HAS, en renforçant la fréquence des dépistages des populations clés dans ses dernières recommandations (24), appuyée par le rapport d'experts, dit rapport Morlat, invite les médecins généralistes à être plus vigilants dans leur évaluation du risque initial de chaque patient, et à favoriser toutes les occasions de proposition de dépistage, quel que soit l'outil. Elle insiste également sur l'importance de valoriser ces actes de préventions et de dépistages, dans le cadre de nouvelles cotations de consultations (consultation globale « santé sexuelle » proposée dans la feuille de route du Ministère des affaires sociales et de la santé (28)). Elle va plus loin propose une réflexion autour de l'intégration du dépistage du VIH à la ROSP des médecins et l'inscription de ces actes à la nomenclature des actes complexes prévue par la convention médicale (24).

Cette reconnaissance du médecin généraliste comme « levier privilégié de la stratégie de dépistage du VIH », et sa réflexion sur l'intérêt du dépistage universel, sa confirmation d'une efficience de cette stratégie de dépistage associée à un dépistage ciblé auront peut-être réussi à convaincre certains médecins généralistes de l'intérêt de cette politique de dépistage.

Enfin, il semble important de rappeler que l'ensemble des documents officiels à visées épidémiologiques, relatent tous la nécessité d'un effort à fournir de la part des biologistes et des cliniciens (et notamment les médecins généralistes), dans la déclaration des nouveaux cas de VIH. Depuis avril 2016, il existe une plateforme informatisée (www.e-do.fr) facilitant les démarches. Le VIH est en effet une maladie à déclaration obligatoire. Les données manquantes importantes, et les délais de déclarations retardent les estimations épidémiologiques. La surveillance des nouveaux diagnostics, et l'identification des groupes à risques permettent en effet d'orienter les actions, qui dépendent directement de la qualité des données des déclarations (6, 16).

d) La sexualité dans l'éducation

La notion « d'éducation sexuelle » est évoquée pour la première fois en 1914 (19). Ce domaine est à l'époque investit par les médecins, dans le but de prévenir des maladies vénériennes ; par les prêtres, dans le but de contenir la divulgation des méthodes contraceptives ; et par les féministes, dans le but de protéger les femmes.

L'idée d'aborder l'éducation sexuelle dans l'enseignement émerge à la moitié du XXe siècle. C'est au travers d'une première loi en 1973, que la notion d'information sexuelle à l'école est proposée. Il faudra attendre une dizaine d'années, et le début de l'épidémie du VIH pour voir s'accélérer les choses. En 1985, l'éducation sexuelle est introduite à l'école primaire et en 1998, la nouvelle circulaire « éducation à la sexualité et prévention du SIDA » voit le jour. Elle tente de généraliser les actions sur la sensibilisation et la prévention des risques liés au VIH, mais également de définir de façon plus précise la sexualité. Quelques années plus tard, la loi du 04 juillet 2001 (39), relative à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et à la contraception (39), confère à l'Education Nationale, l'obligation d'« une information et [d'] une éducation à la sexualité (...) dans les écoles, les collèges et les lycées ; à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène. » Bien qu'obligatoire, l'éducation à la sexualité a du mal à s'intégrer dans les programmes d'enseignements, et nécessite d'être mise en avant régulièrement.

La dernière circulaire du 12 septembre 2018 (50) rappelle cette obligation, et expose les objectifs de l'éducation à la sexualité dans le cadre scolaire, ses principes éthiques, et les conditions de leur mise en œuvre. Ainsi, à l'école primaire, l'éducation à la sexualité sera abordée au travers de l'étude et du respect du corps, de réflexion autour de la notion d'intimité et de la vie privée, ou encore de l'égalité des sexes. Elle sera ensuite poursuivie au collège et au lycée, en abordant également ces notions de respect de soi et des autres, mais aussi des sujets plus concrets comme la contraception et la prévention des grossesses non désirées, les IST et le VIH, ou des notions complexes comme l'impact des stéréotypes et rôles sexués, ou la notion de consentement. La circulaire précise que ces actions mises en œuvre devront faire l'objet d'un compte rendu annuel, qui sera soumis au conseil d'administration de l'établissement.

Plusieurs rapports ont cependant montré la difficulté de beaucoup d'établissements à appliquer cette loi. En effet, un rapport réalisé en 2009 par l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), souligne que ces obligations légales n'étaient que partiellement et inégalement appliquées (51). Et plus récemment, une enquête menée auprès de 3000 établissements scolaires rapporte que 25% des écoles, 11% des lycées et 4% des collèges déclaraient n'avoir mis aucune action en place pour l'année 2014-2015 (52). Les difficultés semblent principalement être matérielles (manque de moyens, de locaux...) et humaines (manque de créneaux horaires et de personnels...). Il existe également parfois des réticences des parents, ou des chefs

d'établissement, à parler de sexualité aux élèves. Les associations (et parfois les CeGIDD) sont souvent amenées à intervenir, dans le cadre de l'éducation à la sexualité, pour palier à ce déficit. De plus, même si son rôle n'est ni de pallier ou remplacer les acteurs principaux de l'éducation dans les établissements scolaires, ni de travailler bénévolement, ou de permettre l'économie de l'embauche d'un personnel dédié, l'installation récente du service sanitaire des étudiants en santé (40), participe à compléter les interventions en milieux scolaires. Le service sanitaire a pour objectif principal d'initier les étudiants en santé aux enjeux de la prévention primaire dans le cadre d'une démarche interdisciplinaire et pluriprofessionnelle sur des thématiques prioritaires nationales telles que l'alimentation et activité physique, les addictions ou la santé sexuelle.

3. Zoom sur la Réunion

a) Histoire du VIH dans la région Océan Indien, et à la Réunion

La région Océan Indien a été touchée par l'épidémie du VIH en 1987. A la Réunion, les premiers cas importés étaient des HSH réunionnais, contaminés en métropole et revenus pour mourir près de leurs proches, dans leur île natale. Le pic de contamination à la Réunion atteint les records en 1993, avant de diminuer, jusqu'à une stabilité autour de 25 à 45 nouveaux cas par an, dans les années 2000 (32). Depuis 2006, on observe environ 40 nouveaux cas par an, un chiffre très inférieur aux autres DOM.

Avec environ 60 000 PVVIH dans la région Océan Indien, la Réunion reste l'île la plus préservée de la région (32, 33, 35). En 2018, elle comptait 1024 PVVIH, dont 28% de femmes, et une majorité de patients hétérosexuels (53%). Depuis quelques années, on observe une augmentation du nombre de patients étrangers, ou ayant un partenaire étranger. En 2018, 33% des nouveaux PVVIH étaient des patients nés à l'étranger, aussi bien hétérosexuels, que HSH. En 2018, 45 % des patients se sont contaminés par voie homo/bisexuelle, et un peu moins de la moitié d'entre eux, à la Réunion. Les autres se sont contaminés en métropole ou à l'étranger. Si on ne regarde que les personnes contaminées à la Réunion, 73% sont des HSH. Si on ne regarde que les hommes contaminés à la Réunion, en soustrayant les femmes

nouvellement contaminées en 2018, 90% d'entre eux sont des HSH. L'épidémie est donc très concentrée chez la population HSH, chez les hommes réunionnais (6, 35).

A la Réunion, 98,6% des PVVIH sont traitées, et 94,5% d'entre elles ont une charge virale indétectable. L'infection par le VIH y est globalement bien contrôlée, et ce malgré une épidémie importante dans le reste de la région. Comme à l'échelle nationale, les dépistages à des stades précoces augmentent, surtout dans les populations hétérosexuelles. Ceux à un stade avancé diminuent également, et ont rattrapé la moyenne nationale en 2018 (25% à la Réunion, pour 28% en métropole, contre 45% à la Réunion en 2016).

Les objectifs de prévention du VIH sont donc les mêmes qu'en métropole, avec un effort important à poursuivre dans la réalisation de dépistages, et la lutte contre la stigmatisation. Les campagnes de prévention métropolitaines nécessitent cependant d'être adaptées aux problématiques, aux croyances et à la langue locale. La principale difficulté réunionnaise résidant dans la persistance d'une importante stigmatisation du VIH, de la sexualité, de l'homosexualité, et de la prostitution. Une enquête réalisée en 2012 (37) rapportait que plus d'un tiers de la population pensait que l'homosexualité était « le signe d'un problème psychologique ». La population homo ou bisexuelle reste une population difficile à atteindre. Beaucoup de HSH utilisent encore « l'alibi social » d'hétérosexuels, en se mariant à une femme. Les rencontres se font par internet ou des applications spécialisées, à l'abri des regards, et de toute possibilité d'intervention préventive. Tout cela concourt à une difficulté de cibler les actions de prévention, et à un retard au dépistage, à la prise en charge de la maladie, et au traitement.

b) Contexte actuel à la Réunion

La Réunion est la sixième région de France la plus dynamique concernant l'activité de dépistage (6). 108 sérologies pour 1000 habitants ont été réalisées en 2017, soit une activité proche de celle de l'IDF.

A La Réunion, le dépistage du VIH peut être effectué de plusieurs manières :

- Soit par réalisation d'un test Elisa au laboratoire, sur prescription médicale.
- Soit dans l'un des trois CeGIDD de la Réunion (Centre de santé sexuelle du CHU Félix Guyon à Saint Denis, Centre de Santé Sexuelle à Saint Paul,

Centre de santé du CHU Sud-Réunion à Saint Pierre), ou le Bus Santé itinérant dans la région Nord-Est de l'Île.

- Soit par la réalisation d'un TROD dans les associations agréées (ARPS, RIVE ASETIS, Planning familial) ou lors de leurs sorties en populations ciblées (dans les lieux de dragues gay, les associations LGBT, les lieux de prostitution, les associations de migrants), les SUMPPS sur le campus du Tampon et de Saint Denis.

Concernant l'accès aux préservatifs, sur l'année 2017, plus de 1 600 000 préservatifs masculins ont été vendus en pharmacie, à la Réunion (soit environ deux préservatifs par an, par personne à la Réunion). 165 000 préservatifs masculins et 17 000 préservatifs féminins ont été mis à disposition gratuitement par l'Agence régionale de santé Océan Indien (ARSOI), et santé publique France (33).

i. Recrudescence des IST, majoration des comportements à risques

Comme il l'a été décrit en métropole, la Réunion est également touchée par une recrudescence des IST. Le réseau de surveillance des IST, RésIST, rapporte une augmentation des cas de gonococcies, dans la population hétérosexuelle à la Réunion (et une diminution chez les HSH) (33). La syphilis est également en recrudescence, et concerne aussi bien les HSH que les populations hétérosexuelles. Plusieurs cas de syphilis se sont déclarés chez des femmes enceintes, au cours de leur grossesse. Deux cas de syphilis congénitales ont été confirmés, invitant à un second dépistage systématique au cours de la grossesse, avant le terme de 28 semaines d'aménorrhée. Cela est probablement lié, en partie, à un dépistage plus important, et à l'utilisation croissante de techniques biologiques performantes par les laboratoires, mais également par une réelle augmentation du nombre de cas, traduisant une augmentation des conduites à risque. On note également depuis 2016, une augmentation de la proportion des personnes âgées de moins de 25 ans concernées par une découverte de VIH, à la Réunion (35).

ii. Comportements sexuels, banalisation du VIH ?

A la Réunion, le VIH est craint, puisqu'il est la sixième maladie la plus redoutée des réunionnais (37). Les connaissances sur le VIH et de ses modes de transmissions semblent cependant être également en baisse. En effet, une enquête réalisée en 2012 (37) montrait qu'un tiers de la population pensait que le VIH se transmettait par

une piqûre d'insecte. Plus d'un tiers de la population des moins de 25 ans pensait qu'une transmission du VIH était possible dans les toilettes publiques, et que se laver après l'acte sexuel protégeait du VIH. Plus de la moitié des personnes interrogées ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors du premier rapport sexuel avec leur dernier partenaire. La majorité avait entre 18 et 29 ans. Ce chiffre est en baisse puisque le réseau RésIST, rapporte dans son bilan de surveillance des IST à la Réunion de 2018 (33), que l'usage systématique du préservatif au cours des douze derniers mois n'était rapporté que dans moins des 10% des cas chez les patients dépistés pour la syphilis, et moins de 5% des cas chez les patients dépistés pour le gonocoque, et ce quel que soit le type de rapport. La perception du préservatif reste négative pour plus de la moitié de la population (diminution du plaisir sexuel, pourvoyeur de doutes sur le ou la partenaire). Elle est plus fréquemment positive chez les jeunes et les plus diplômés. De plus, les chiffres réunionnais en termes de grossesses de femmes mineures et de grossesses non désirées, et la part d'IVG sont également plus élevés qu'en métropole. Cela renforce l'idée d'une majoration des conduites à risque, notamment dans le jeune public. (41, 42).

La baisse d'intérêt pour le VIH et les IST semble toucher l'ensemble de la population, puisque leurs recrudescences prédominent dans la population hétérosexuelle, et surtout le jeune public.

c) La sexualité dans l'éducation à la Réunion

A la Réunion, il existe depuis 1994 une politique de prévention des risques sexuels, actuellement dirigée par l'ARSOI. Elle s'appuie sur un ensemble d'opérateurs qui interviennent dans les établissements d'enseignement secondaire. Ces opérateurs sont composés d'associations œuvrant initialement dans le champ de la lutte contre le VIH, et d'équipes hospitalières en charges des CeGIDD. Une étude évaluant le processus de prévention primaire en santé sexuelle à la Réunion (38), pointe du doigt une insuffisance de moyens alloués par l'Education Nationale à l'éducation de la sexualité et à la vie affective (39). Elle reste partiellement comblée par l'action de ces opérateurs extérieurs.

Actuellement, ces interventions, dans les établissements d'enseignement secondaire, représentent deux heures d'intervention et d'échanges, par classe et par an, dans les classes de quatrième, troisième et seconde. Le Projet Régional de

Santé vise à ajuster d'avantage son dispositif d'éducation par la promotion de l'éducation à la sexualité et à la vie affective auprès des jeunes et la construction de parcours de santé adaptés à différents publics cible. Les cibles manquantes au projet restent les élèves d'autres niveaux scolaires, les jeunes non scolarisés, et les parents, premiers éducateurs des enfants, adolescents et jeunes.

Par ailleurs, l'installation récente du service sanitaire des étudiants en santé (40), participe à compléter les interventions en milieux scolaires. Des interventions sont déjà prévues dans 97 des 120 collèges et lycées publics de l'île.

Ainsi, depuis sa découverte en 1981, les politiques de prévention contre le VIH n'ont cessé d'être actives : promotion des moyens de protections ; politique de dépistage et amélioration des méthodes (CeGIDD avec gratuité du dépistage, TROD) ; amélioration de l'information (spot publicitaire, éducation sexuelle, sites d'information) ; mise en place d'un TPE ; accessibilité aux TARV de toutes les PVVIH afin de limiter la transmission ; prescription de PrEP aux personnes à risque. Mais, malgré cela, comme nous l'avons constaté, l'épidémie ne faiblit pas, et continue à se concentrer. Les campagnes de prévention doivent continuellement s'adapter, et évoluer avec la population

Les PVVIH réunionnaises contaminées sont, par définition, des personnes pour lesquelles la prévention a échoué. Elles sont donc les mieux placées pour analyser le pourquoi de cet échec. Elles peuvent exprimer ce qui leur était parvenu de la prévention avant leur contamination. Et ce qui, à leur avis, leur aurait permis de ne pas se contaminer, ainsi que suggérer les pistes qui leur semblent les meilleures pour améliorer la prévention au niveau local. C'est dans le but de contribuer, par un travail original, à l'amélioration de la prévention du VIH (et des IST) adaptée à la Réunion, que nous avons imaginé le sujet de notre thèse.

II. Introduction

Nous avons souhaité recueillir l'opinion des PVVIH, à la Réunion, sur les méthodes de prévention primaire utilisées contre le VIH, en partant de l'hypothèse qu'elles étaient surement améliorables, étant donné la non-diminution, voire la légère augmentation des nouvelles contaminations, et la recrudescence des IST à la Réunion. Ce recueil pourrait permettre de participer à mieux orienter la prévention contre le VIH, à la Réunion, dans le futur. Les PVVIH à la Réunion, de par leur vécu en compagnie du virus, et leur imprégnation de la culture réunionnaise, pourraient nous exprimer les failles de la prévention à l'époque de leur contamination et proposer les solutions leur semblant être les meilleures, qui pourraient être innovantes et mieux adaptées à la culture réunionnaise, pour une meilleure prévention future. Nous avons donc réalisé une étude observationnelle ayant comme question de recherche : comment, à partir de l'avis des PVVIH réunionnais, pourrait-on améliorer la prévention primaire contre le VIH à la Réunion et l'adapter au mieux au grand public, et aux populations cibles ?

L'objectif principal de ce travail était donc de recueillir l'opinion des PVVIH, suivies au CHU Félix Guyon (Saint Denis, la Réunion), sur la prévention primaire actuelle contre le VIH afin de contribuer à orienter et améliorer les futures actions de prévention à la Réunion.

Les objectifs secondaires étaient de décrire les raisons potentielles du manque d'efficacité de cette prévention primaire, et de proposer, éventuellement, des suggestions pour les campagnes de prévention futures.

III. Matériels et Méthodes

1. Schéma de l'étude

Ce travail était une enquête épidémiologique quantitative. Il s'agissait d'une étude observationnelle, descriptive, transversale, monocentrique, de type enquête d'opinions par auto-questionnaires, réalisée sur la période de septembre à décembre 2018. L'objectif principal de l'étude était de recueillir l'opinion des PVVIH, suivies au CHU Félix Guyon (Saint Denis, la Réunion), sur les campagnes de prévention primaire actuelles contre le VIH, afin de contribuer à orienter et améliorer les futures campagnes de prévention à la Réunion. Les objectifs secondaires étaient de décrire les raisons potentielles du manque d'efficacité, au moins partiel, de cette prévention primaire, et de proposer des suggestions pour les campagnes de prévention futures.

Le critère d'évaluation principale reposait sur un auto-questionnaire, strictement anonyme.

2. Population étudiée

Les sujets ont été recrutés dans le service d'immunologie du CHU Félix Guyon de la Réunion.

La file active de PVVIH suivies dans ce service représentait 651 patients, soit plus de deux tiers de la file active réunionnaise. Avec six médecins consultant par semaine, environ soixante-quinze patients étaient vus chaque semaine. Nous avons déterminé, avec l'Unité de Soutien Méthodologique du CHU, qu'une durée d'inclusion de trois mois nous permettrait d'atteindre un nombre de sujets suffisants.

Les critères d'inclusion étaient les PVVIH, âgées de plus de 18 ans, suivies par le service d'immunologie du CHU Félix Guyon, acceptant de participer à l'étude.

Les critères d'exclusion étaient les patients mineurs, les patients majeurs sous protection juridique (tutelle ou curatelle), les patients refusant de participer à l'étude, et les patients étrangers n'étant pas en capacité de répondre à un auto-questionnaire en français, par maîtrise insuffisante de la langue.

3. Recueil des données, élaboration du questionnaire et déroulement de l'étude

Ce questionnaire avait été conçu avec l'aide des Dr Gaud (chef de service d'immunologie, CHU Félix Guyon) et Dr Bruneau (médecin épidémiologiste), et approuvé par l'Unité de Soutien Méthodologique du CHU Félix Guyon. Il avait pu être testé sur six patients avant le début de l'étude. Le nombre de questions ouvertes avait alors été réduit. Nous en avons malgré tout gardé cinq, permettant une liberté de suggestions à ceux qui souhaitaient s'exprimer. Devant l'éventuelle difficulté que pouvait représenter certaines questions, nous avons proposé l'aide d'un bénévole de l'association RIVE, lui-même PVVIH et non soignant, présent lors des horaires de consultations, afin de s'assurer de la bonne compréhension des questions.

Le questionnaire était proposé par les secrétaires du service d'immunologie du CHU Félix Guyon, à tous les PVVIH de plus de 18 ans, venues à l'occasion d'une consultation de suivi ou d'un hôpital de jour, notamment lors de l'attente des prélèvements biologiques (au sein des locaux du service). Les patients ayant accepté de remplir le questionnaire pouvaient à tout moment faire appel à l'aide explicative du bénévole de l'association Rive. Ils pouvaient s'installer dans un endroit isolé (la salle de détente de l'association Rive), et remettaient le questionnaire, une fois rempli, aux secrétaires. Le nom du patient était inscrit sur une liste, pour éviter les doublons, mais ne figurait pas sur le questionnaire. La non-opposition de participation à l'étude était consignée dans le dossier médical du patient. Et les questionnaires remplis étaient rangés dans une pochette, puis numérotés de façon aléatoire, ce qui garantissait leur anonymat.

Le questionnaire final (annexe 1) était constitué de trente questions, dont cinq questions ouvertes. Il comportait une première partie abordant le profil du patient : son sexe, son âge, son niveau d'étude et professionnel, ses origines. Une deuxième partie abordait le mode de contamination du patient et les circonstances de son dépistage. Une troisième partie abordait le mode de vie du patient avant son infection : la fréquence de ses prises de risque, son positionnement concernant le VIH, sa réceptivité aux campagnes de prévention. Et une quatrième partie abordait le mode de vie du patient après son infection : sa réceptivité aux campagnes de prévention et à leurs modes de communication et de diffusion, l'implication de son médecin traitant. Les cinq questions ouvertes laissaient la possibilité au patient de

s'exprimer sur des propositions d'arguments de prévention, et de moyens de communications.

Sa durée de remplissage était estimée à 20 minutes. Une introduction de quelques lignes expliquait le but de cette étude, et garantissait l'anonymat des réponses données.

4. Traitement des données

Une analyse descriptive des données a été menée. Les variables qualitatives ont été décrites en termes de fréquences et pourcentages. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyennes, et écart-types. L'analyse bivariée de comparaison de deux pourcentages a été effectuée par le test du Chi-2 ou le test exact de Fisher selon les conditions d'application. Le seuil de significativité retenu pour l'ensemble des tests était 0,05. L'analyse a été effectuée à l'aide du logiciel SAS 9.4.

5. Aspects éthiques et réglementaires, confidentialité

Le bénévole de l'association Rive était soumis au secret professionnel. Il s'agissait d'auto-questionnaires « anonymisés » effectués dans le respect de la confidentialité et de l'intimité des patients. L'ensemble des questionnaires était recueilli et numéroté de manière aléatoire ne permettant pas d'identifier les patients (questionnaires numérotés par une série de nombres aléatoires sur EXCEL®). La levée de l'anonymat n'était possible en aucun cas. Aucune procédure auprès de la CNIL n'était donc nécessaire.

Le protocole de l'étude était en cours de soumission auprès du Comité d'éthique de Protection des Personnes à son démarrage.

IV. Résultats

Nous avons recueilli 110 questionnaires sur la période du 25 septembre 2018 au 25 février 2019. La période de recueil a dû être prolongée de 2 mois. Nous avons en effet observé un absentéisme aux consultations anormalement élevé sur les périodes de novembre et décembre 2018, probablement lien avec les événements socio-politiques concomitants, suivis des vacances de fin d'année.

L'ensemble des questionnaires a pu être analysé.

Le modèle de notre questionnaire figure en annexe 1.

1. Caractéristiques socio-démographiques des patients

Les caractéristiques sociodémographiques des patients sont présentées dans les **tableaux n°1 et 2**.

La population étudiée était composée de plus de deux tiers d'hommes (72,73%) et de moins d'un tiers de femmes (27,27%), ce qui est un parfait reflet de la file active.

L'âge moyen des patients était de 49,4 ans. Le plus jeune avait 24 ans, et le plus âgé 67 ans. Les tranches d'âge de 50 à 59 ans étaient les plus représentées.

La majorité des patients interrogés avaient suivi des études (74,54%), dont 43,63 % après le BAC. 19,09 % n'avaient pas de diplôme.

Plus de la moitié des patients exerçaient un emploi (57,27%), et un peu plus de 3 % étaient encore en formation. 23,64 % étaient chômeurs, et 14,55 % à la retraite.

Un patient sur deux était originaire de la Réunion (50,91%), environ un tiers de Métropole (30%), et 13 % de la région Océan Indien.

Les HSH étaient originaires soit de Métropole (19,09%) soit de la Réunion (19,09%). Un patient était martiniquais. Deux HSH étaient malgaches, et deux autres algériens.

La majorité des femmes et des hommes hétérosexuels venaient de la Réunion (10,91 % de femmes et 8,18% d'hommes), puis de Métropole (3,64 % de femmes et 4,55% d'hommes). Quatre femmes étaient malgaches et trois hommes mauriciens. Enfin, une femme était guyanaise, et l'autre algérienne.

Au total, vingt personnes étaient étrangères, soit 22%.

Tableau n°1 : Caractéristiques sociodémographiques des patients		
	N	%
Sexe		
Homme	80	72,70%
Femme	30	27,30%
Âge		
20 – 24 ans	2	1,80%
25 – 29 ans	2	1,80%
30 – 34 ans	6	5,45%
35 – 39 ans	10	9,10%
40 – 44 ans	15	13,60%
45 – 49 ans	17	15,45%
50 – 54 ans	19	17,30%
55 – 59 ans	19	17,30%
60 – 64 ans	18	16,40%
65 – 69 ans	2	1,80%
Age moyen	49,4	
Min – Max	24 – 67	
Niveau d'études		
Sans diplôme	21	19,09%
BEPC	7	6,36%
CAP/BEP	34	30,91%
BAC	20	18,18%
1er cycle universitaire	6	5,45%
2e/3e cycle universitaire	22	20,00%
Situation professionnelle		
Actif travaillant	63	57,27%
Chômeur	26	23,64%
Étudiant/en formation	4	3,64%
Femme/homme au foyer	1	0,90%
Retraité	16	14,55%
Pays d'origine		
France métropolitaine	33	30,00%
Réunion	56	50,91%
Mayotte	1	0,90%
Madagascar	10	9,10%
Maurice	3	2,73%
Autre	7	6,36%

Tableau n°2 : Modes de contamination des patients selon leurs origines, et leur sexe													
MODE DE CONTAMINATION	Homosexuel		Hétérosexuel		Ne sais pas		AES		Mère-enfant		Drogues IV		
	N = 110 (%)	Homme	Femme	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
Sexe													
	46 (41,80)		0	17 (15,45)	22 (20)	12 (10,90)	6 (5,45)	1 (0,91)	2 (1,82)	2 (1,82)	0	2 (1,82)	0
Pays d'origine													
France métropolitaine	21 (19,09)		0	5 (4,55)	4 (3,64)	1 (0,91)	0	1 (0,91)	0	0	0	1 (0,91)	0
Réunion	22 (19,09)		0	9 (8,18)	12 (10,91)	9 (8,17)	1 (0,91)	0	2 (1,82)	1 (0,91)	0	1 (0,91)	0
Mayotte	0		0	0	0	0	1 (0,91)	0	0	0	0	0	0
Madagascar	2 (1,82)		0	0	4 (3,64)	1 (0,91)	2 (1,82)	0	0	1 (0,91)	0	0	0
Maurice	0		0	3 (2,72)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Autres	2 (1,82)		0	0	2 (1,81)	1 (0,91)	2 (1,82)	0	0	0	0	0	0

2. Modes de contamination et de dépistage

Les modes de contamination et de dépistages des patients sont présentés dans le **tableau n°3**.

Concernant le mode de contamination :

- 41,82 % de la population étudiée avait été contaminée suite à un rapport homosexuel, uniquement des hommes.
- 35,45 % suite à un rapport hétérosexuel (20 % étaient des femmes et 15,45 % des hommes).
- 16,36 % ne connaissaient pas leur mode de contamination.
- Trois patients avaient été contaminés suite à un AES.
- Deux suite à l'utilisation de drogues injectable.
- Deux suite à une transmission materno-fœtale.

Concernant le mode de dépistage :

- 43,64% des patients interrogés s'étaient fait dépister avant l'apparition de symptômes (primo infection ou infection plus avancée).
- 24,55 % sur leur propre initiative.
- 12,73 % lors d'une hospitalisation.
- 9,09% à la demande de leur médecin traitant.

La moitié des patients avaient réalisé leur dépistage en laboratoire de ville, et un quart en CeGIDD.

Quatre patients avaient eu recours aux TROD et deux aux autotests. Un patient avait été dépisté lors d'un séjour en prison, et un patient lors d'un don du sang.

L'âge moyen à la découverte de l'infection était de 33,1 ans. Le plus jeune avait 8 ans, et le plus âgé 63 ans.

Tableau n°3 : Modes de contamination et de dépistages des patients		
	N	%
Mode de contamination		
Rapport hétérosexuel	39	35,45%
Rapport homosexuel	46	41,82%
AES ou transfusion	3	2,73%
Utilisation de drogues injectables	2	1,82%
Transmission materno-fœtale	2	1,82%
Ne sait pas	18	16,36%
Circonstances de découverte de l'infection		
Symptômes en lien avec l'infection	24	21,82%
Symptômes de primo infection	24	21,82%
Dépistage systématique à votre demande	27	24,55%
Dépistage systématique à la demande du médecin	10	9,09%
Lors d'une grossesse	2	1,82%
Lors d'un don du sang	4	3,64%
Lors d'une hospitalisation	14	12,73%
Autres	4	3,64%
Mode de dépistage		
Laboratoire en ville	57	51,82%
Centre de dépistage anonyme et gratuit	29	26,36%
TROD	4	3,64%
Autotests	2	1,82%
Autres	16	14,55%
Âge à la découverte de l'infection		
< 15 ans	1	0,92%
15 – 19 ans	1	0,92%
20 – 24 ans	16	14,81%
25 – 29 ans	21	19,44%
30 – 34 ans	23	21,29%
35 – 39 ans	24	22,22%
40 – 44 ans	12	11,11%
45 – 49 ans	3	2,77%
50 – 54 ans	4	3,70%
55 – 59 ans	1	0,92%
60 – 64 ans	2	1,85%
Age moyen	33,1	
Min – Max	8 – 63	

3. Avant la découverte de l'infection

Q. 10 : Diriez-vous que votre prise de risque sexuel a été : permanente ? fréquente ? occasionnelle ? exceptionnelle ? inexistante ?

- La majorité de la population étudiée avait estimé sa prise de risque à moins d'une relation sexuelle sur cinq (24,55% de façon occasionnelle, 22,73% de façon exceptionnelle).
- 14,55% pensaient que leur prise de risque était inexistante.
- Environ un tiers de la population (34,54 %) avait estimé sa prise de risque à plus d'une relation sexuelle sur cinq (dont la moitié de façon permanente, à chaque relation sexuelle).

Q. 11 : Vous sentiez-vous concerné par le VIH ?

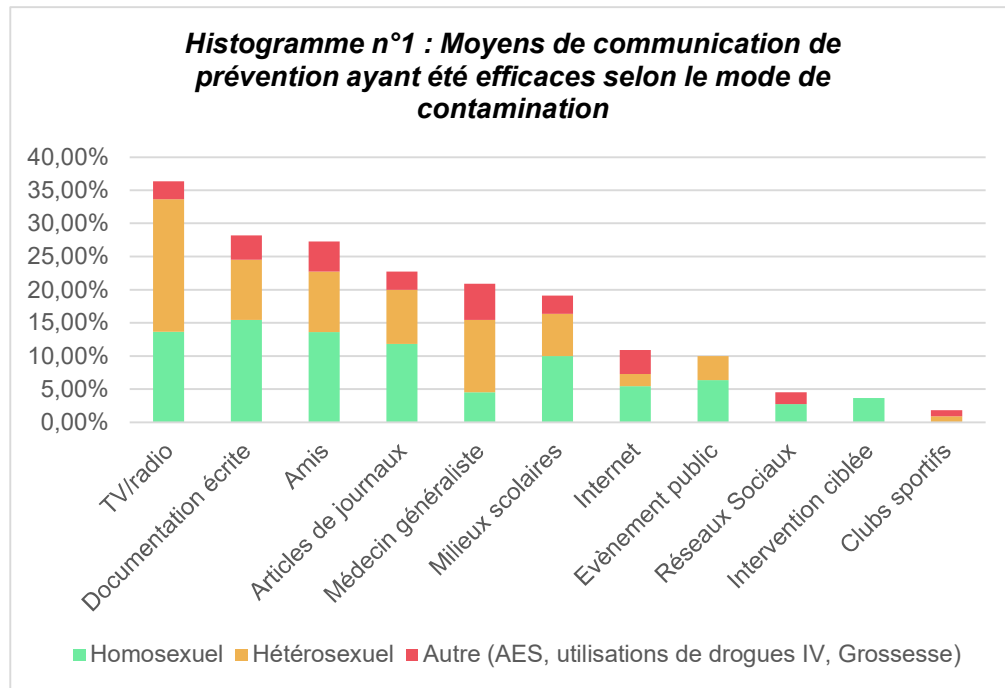
Plus de la moitié de la population étudiée (53,64%) se sentait concernée par le VIH, avant d'avoir été infectée, alors que 44,55% des patients ne se sentaient pas concernés.

Q. 12 : Diriez-vous qu'avant votre infection, vous avez été sensibilisé à la prévention du VIH de la façon suivante : très informé ? informé mais pas suffisamment ? trop peu informé ? pas informé du tout ?

- 34,55% des personnes se sentaient très informées et sensibilisées à la prévention du VIH.
- 25,45% se sentaient informées et sensibilisées, mais pas suffisamment.
- 22,73% se sentaient trop peu informées et sensibilisées.
- 17,27% pas du tout informées.

Q. 13 : Quels type de prévention/information vous a le plus marqué ?

L'histogramme n°1 étudie les types de prévention estimés les plus efficaces par les patients, avant la découverte de leur infection.



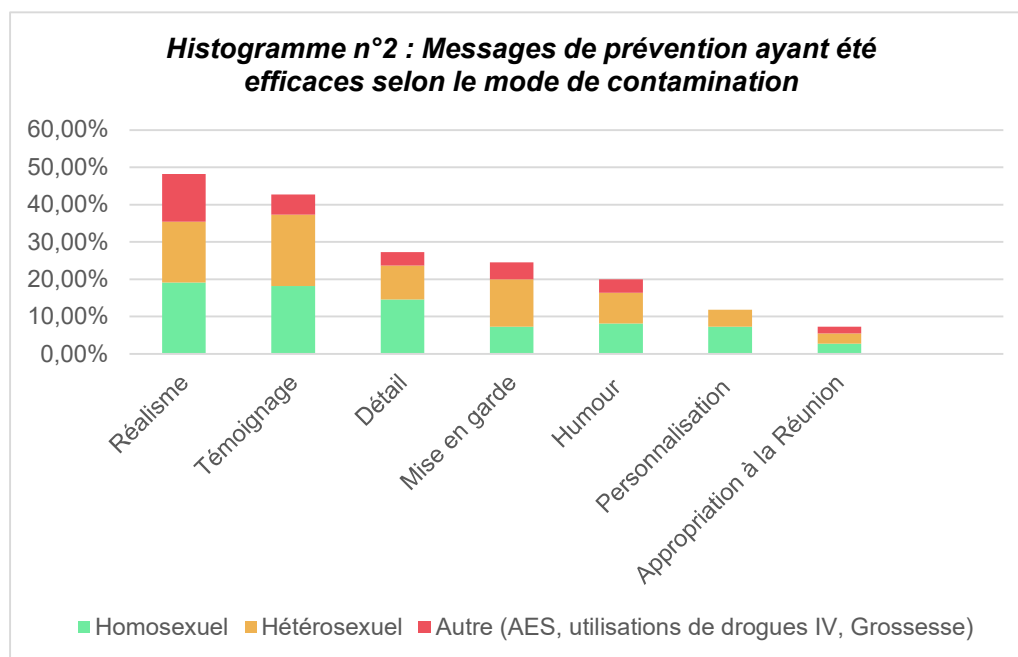
- Le moyen de communication le plus efficace était les interventions télévisées et/ou radiophoniques (36,36%), surtout pour les personnes contaminées par voie hétérosexuelle (20%).
- Puis les documentations écrites type affiches de prévention, « flyers » ... (28,28%).
- Puis les discussions entre amis (27,27%) surtout pour les personnes contaminées par voie homosexuelle (respectivement 15,45 % et 13,63%).
- La prévention via le médecin généraliste venait en cinquième position.
- La prévention en milieu scolaire, venant en sixième position, était quant à elle plus efficace pour le mode de contamination homosexuelle (10%) que pour le mode hétérosexuel et autre (6,36 et 3%).
- La prévention via internet, ne venait qu'en septième position (ce qui interpelle, étant donné qu'elle est la plus recommandée par les pouvoirs publics actuellement).

Q. 14 : Lorsque vous avez eu accès à une information, quel qu'en soit le mode, vous avez : rien écouté ? Écouté d'une oreille distraite, sans retenir ? Écouté dans un but de connaissance, sans vous sentir concerné ? Écouté attentivement, pour vous informer par rapport à votre vie sexuelle ou celle d'un proche ?

- La majorité des patients ayant eu accès à ces préventions avaient déclaré les écouter sans se sentir concerné (39,09%).
- 34,55 % les ont écoutées dans le but de les appliquer.
- 20 % savaient avoir eu accès à une information, mais n'avaient rien retenu.
- 2,73 % n'y prêtait pas attention du tout.

Q.15 : Qu'est-ce qui, à votre avis, aurait pu retenir le plus votre attention lors d'une information sur le VIH ?

L'histogramme n°2 étudie l'impact du choix du contenu et du ton du message.



Concernant les messages de prévention, ceux sous forme réaliste (48,18%) et sous forme de témoignages (42,73%) étaient identifiés comme les plus efficaces, quel que soit le mode de contamination.

4. Après la découverte de l'infection

Q. 16, 17, 18 : Vous souvenez-vous d'une action de prévention sur le VIH que vous pourriez citer ? Si oui, que pensez-vous de l'impact de cette action ? S'agissait-il d'une action médiatique ou d'une intervention humaine ?

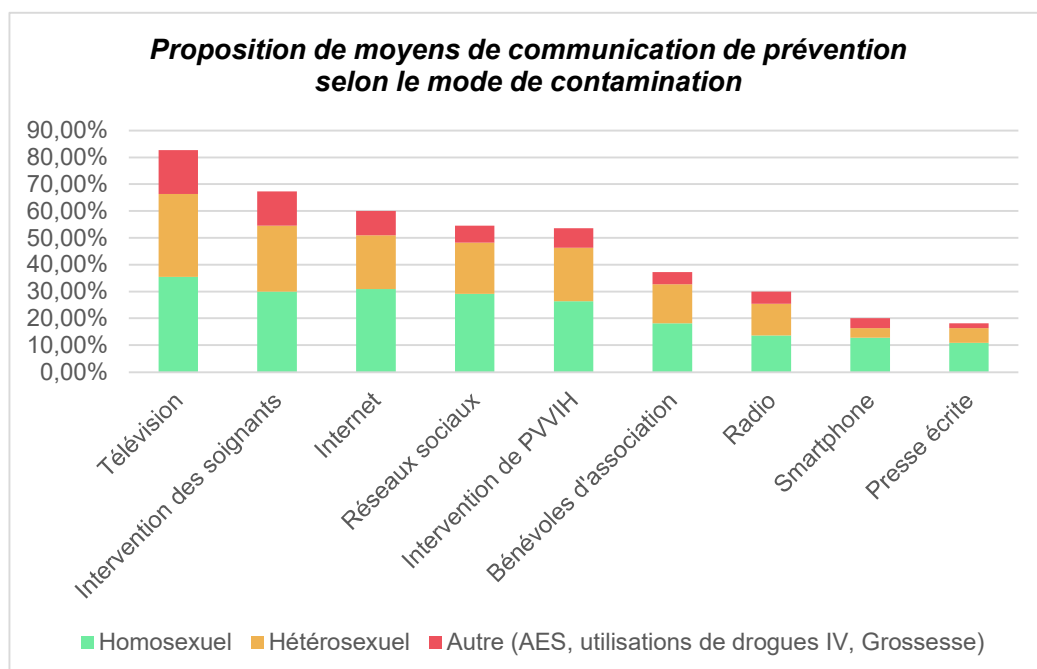
Moins de la moitié des patients se souvenaient avoir assisté à une action de prévention sur le VIH, après la découverte de leur infection (46,36%). Seulement 15,45 % l'avaient jugé très efficace, et 22,73 % efficace.

29,09 % se souvenaient d'une intervention médiatique (programme télévisé du Sidaction surtout) et 12,73 % d'une intervention humaine (distribution de préservatifs dans la rue, action ActUp' à Paris et l'obélisque de la place de la Concorde recouverte d'un préservatif géant).

Les propositions de moyens de communications jugés les plus efficaces, aujourd'hui, par les patients, selon leur mode de contamination, sont présentées dans les **histogrammes n°3 et 4**.

Q. 19 : Quels moyens de communication sont, pour vous, les plus efficaces ?

L'histogramme n°3 étudie les supports médias estimés les plus efficaces par les patients, actuellement.



La grande majorité des patients considérait la télévision comme le moyen de communication le plus efficace pour diffuser des messages de prévention (82,73%), et ce quel que soit le mode de contamination (35,45% du mode homosexuel, 30,91% du mode hétérosexuel, et 16,36% du mode « Autre »).

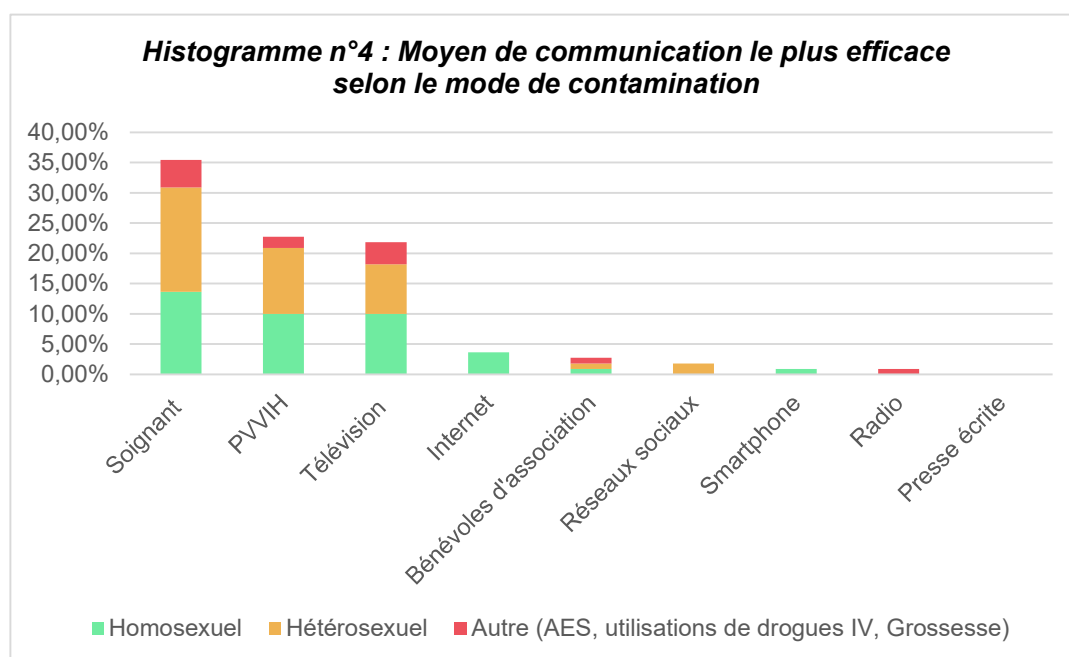
Les interventions humaines par les soignants (67,27%) étaient également considérées comme plus efficaces (30% du mode homosexuel, 24,55% du mode hétérosexuel et 12,73% du mode « Autre »).

Les réseaux sociaux et internet (respectivement 54,55% et 60%) étaient également les quatrième et cinquième moyens de communication considérés comme les plus efficaces, pour environ 30% du mode homosexuel et 20% du mode hétérosexuel.

Les interventions humaines par les PVVIH (53,64%) étaient le sixième moyen de communication le plus efficace pour plus de la moitié de la population (26,36% du mode homosexuel, et 20% du mode hétérosexuel)

Q. 20 : Lequel de ces derniers vous sensibilise le plus ?

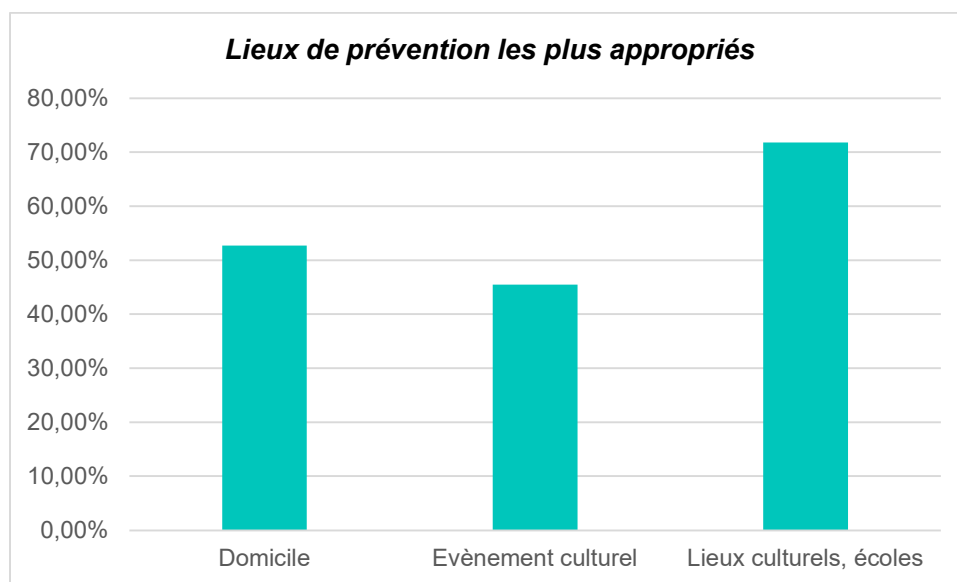
L'histogramme n°4 étudie le support auquel les patients sont le plus sensible.



35,45 % des patients étaient plus sensibles à une information donnée par un soignant (17,27 % du mode hétérosexuel et 13,63 % du mode homosexuel). 22,73 % à une information donnée par une PVVIH (17,27% du mode hétérosexuel, 10% du mode homosexuel. Et 21,82% à une information diffusée à la télévision (10% du mode homosexuel, 8,18% du mode hétérosexuel).

Q. 21 : Quels sont les lieux, selon vous, les plus appropriés pour que la prévention soit la plus optimale ?

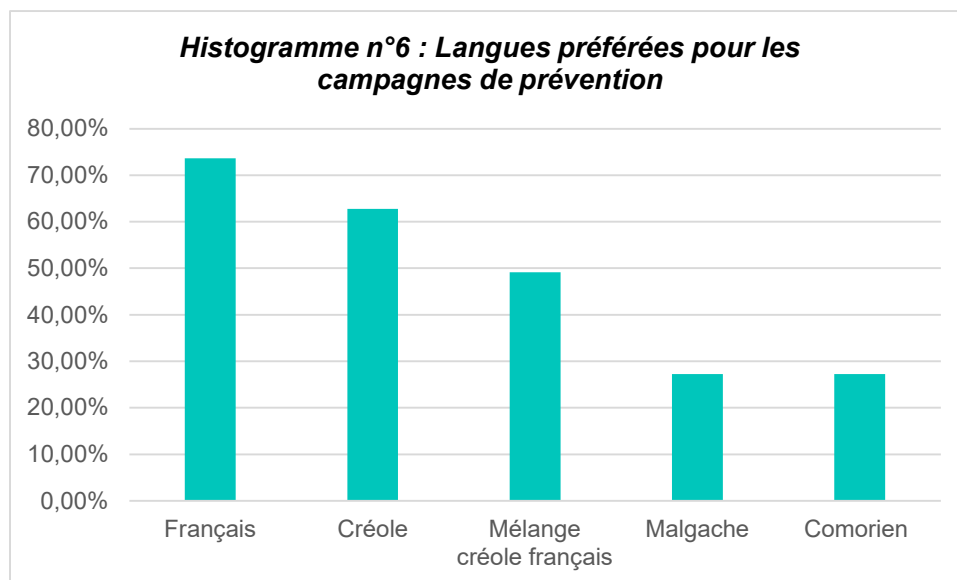
L'histogramme n°5 étudie les lieux estimés comme les plus appropriés par les patients, pour appliquer une prévention optimale.



Plus de 70 % des patients considéraient les lieux culturels et les écoles, collèges et lycées, comme les endroits les plus appropriés à la réalisation d'actions de prévention, quel que soit le mode de contamination.

Q. 22 : Dans quelles langues pensez-vous que les campagnes devraient être faites à la Réunion ?

L'histogramme n°6 étudie les préférences des patients, pour les campagnes de prévention.



Le français et le créole étaient les deux principales langues proposées pour les messages de prévention (respectivement 73,64 % et 62,73%). Le mélange créole français était proposé par 49,09 % des patients. 27,27% pour le malgache et le comoriens (*histogramme n°6*).

Des campagnes en Arabe, Hindi ou Anglais étaient également proposées.

Q. 24, 25 : Pensez-vous que la population générale soit suffisamment sensibilisée et ciblée par les campagnes de prévention actuelles ? Et les populations à risque ?

60,91 % des patients pensaient que la population générale n'était pas suffisamment sensibilisée et ciblée par les campagnes de prévention.

La moitié des patients pensait que les populations à risque n'étaient pas suffisamment sensibilisées et ciblées, alors que l'autre moitié pensait le contraire.

Q.29 : Pensez-vous que votre médecin traitant aurait pu vous sensibiliser davantage ?

- 36,36 % des patients pensaient ne pas avoir été suffisamment sensibilisés par leur médecin traitant.
- 26,36 % s'estimaient suffisamment sensibilisés par leur médecin traitant.
- 33,64 % avouaient ne pas fréquenter leur médecin traitant.

5. Interprétation des questions ouvertes

54% des patients ayant participé à l'étude ont répondu à la question 23, 47% à la question 26, 49% à la question 27, 36% à la question 28 et 61% à la question 30.

a) Le meilleur argument de prévention

Q. 23 : Quel serait pour vous le meilleur argument de prévention pour le VIH, si vous deviez conseiller pour une nouvelle campagne ?

- La sensibilisation sur les conduites à risques

La majorité des patients ont opté dans leur argument à une sensibilisation sur les conduites à risques. 38,5% ont prôné la promotion du préservatif et 18,5% celle du dépistage.

La nécessité de prise de conscience de l'importance de connaître son statut sérologique a été abordée, pour ne pas être malgré soi un potentiel incubateur et transmetteur de virus.

Exemple de propositions :

« *Le pire c'est de l'avoir sans le savoir.* »

« *Se protéger protégera votre santé.* »

« *Savoir c'est avoir l'occasion de se battre.* »

- L'éducation, la promotion de l'information

Une volonté d'éduquer, d'informer sur le VIH ressortait également.

Il a été proposé d'insister davantage sur le caractère imprévisible du VIH qui peut infecter n'importe qui, quel que soit son âge, son sexe, son orientation sexuelle, ou son statut socio-professionnel. Pour que chacun se sente concerné, « que cela n'arrive pas qu'aux autres ».

11 % ont fait référence au caractère « non curable » du VIH, ou tout du moins, de la nécessité de prendre un traitement à vie.

Exemple de propositions :

« S'il ne nous tue plus, il nous détruit quand même, défendons-nous, protégeons-nous et dépistons-nous. »

« Cela n'arrive pas qu'aux autres. »

« Le VIH touche tout le monde, vieux ou jeune, riche ou pauvre, hétéro bi ou homo, gentil ou méchant... il ne fait pas la différence. »

- L'approche sentimentale

Une approche plus sentimentale, utilisant les termes de « confiance », ou d' « amour » a aussi été proposée. Avec une insistance marquée sur l'importance de distinguer une relation de confiance d'une relation protégée.

Exemple de propositions :

« L'amour ». C'est bien de faire l'amour, c'est encore mieux de le faire protégé et pour longtemps. La vie est courte et on fait tout pour la raccourcir de jour en jour. »

« L'amour ne doit pas être synonyme de maladie. »

« Vivre un amour c'est bien, mais la vie saine c'est encore mieux. »

« Ça peut arriver à n'importe qui, donc même par amour, toujours se protéger »

« Il suffit d'une fois »

- L'impact social

Enfin, le retentissement social de cette maladie a été évoqué, en mentionnant la stigmatisation, l'exclusion sociale et professionnelle qu'elle pouvait impliquer.

Exemple de propositions :

« Imprévisible. Destructeur socialement, sentimentalement, sexuellement. Se préparer à finir sa vie seul. »

- Le choix du pronom personnel

L'idée d'utiliser la première personne du pluriel a été plusieurs fois mentionnée afin d'impliquer chacun et de rappeler que le VIH concerne tout le monde.

Exemple de propositions :

« Protégeons-Nous »

b) Amélioration des campagnes de prévention ciblées auprès des populations à risques

Q. 26 : Quels conseils donneriez-vous pour améliorer la communication et la prévention auprès des populations à risque ?

19% des patients ont précisé vouloir considérer les « jeunes » comme une population à cibler.

Les améliorations proposées se sont réparties en deux thèmes : les moyens de communication, et les types d'informations de prévention.

- Moyens de communication

La majorité des propositions (46%) s'orientaient vers des interventions humaines, pour être au contact direct des populations cibles, et favoriser la proximité et l'échange d'informations. Plusieurs lieux d'intervention ont été évoqués : ceux fréquentés par les populations cibles, comme les lieux de dragues ou de rencontres (50%) ; les établissements scolaires, campus universitaire, lycée, collège voire école primaire (25%) ; le cabinet du médecin traitant (12,5%) ; et les lieux fréquentés par les jeunes (8%). Le rôle des parents a également été évoqué notamment sur l'abord de la sexualité avec leurs enfants.

27% proposaient d'axer la diffusion des campagnes sur les médias, et notamment internet (50%) : diffusion de campagnes sur les réseaux sociaux, et les sites de rencontres. Et également au travers de publicités diffusées à la télévision (43%) sur les chaînes ou programmes ciblés (public homosexuel, public jeune ...)

Il a également été précisé l'importance d'utiliser un langage adapté, à la portée de tous.

- Types d'informations de prévention

La majorité des actions proposées prônaient la promotion du préservatif (19%). Il a notamment été mentionné de multiplier les actions de distributions gratuites de préservatifs dans les lieux stratégiques. De faciliter l'accès au préservatif en le

rendant gratuit. D'augmenter et de diversifier les emplacements des distributeurs dans des lieux stratégiques, fréquentés des personnes homosexuelles.

Il a également été cité l'importance de beaucoup plus informer sur les autres moyens de protection qui existent en dehors du préservatif, en prenant l'exemple de la campagne nationale de promotion de la PrEP par AIDS, affichée dans le métro parisien.

16% proposaient de multiplier les possibilités de dépistages sur les lieux stratégiques. Par la proximité, la rapidité et la faisabilité des TROD.

Enfin, l'information sous forme de témoignages de PVVIH (12,5%) soit par interventions humaines dans les lieux dédiés, soit par enregistrements vidéo, audio, ou par voie manuscrite, diffusés dans les médias adaptés a beaucoup été proposée.

15 % des participants ont précisé l'importance de multiplier les actions, quel qu'en soit le type.

c) Amélioration des actions de prévention auprès de la population générale

Q. 27 : Quels conseils donneriez-vous pour améliorer la communication et la prévention auprès de la population générale ?

Les améliorations proposées se sont réparties en deux thèmes : les moyens de communication, et les types d'informations de prévention.

- Moyens de communication

Les propositions s'orientaient presque autant vers une intervention humaine que vers une intervention via les médias pour agir auprès de la population générale.

Concernant l'intervention via les médias (35%), la majorité proposait la diffusion de campagnes à la télévision (47%). Puis sur internet également via les réseaux sociaux et les sites de rencontres (43%). 10% proposaient également la diffusion de campagnes à la radio, comme sur Radio Freedom. L'intervention dans les cabinets de médecine générale était également proposée, par le biais d'affiches préventives dans les salles d'attente.

Plusieurs patients ont exprimé leur inquiétude quant à la banalisation du VIH dans la population générale, mais également chez les jeunes. Ainsi qu'une stigmatisation encore trop présente, limitant la communication autour du VIH. Un échange à travers l'art et l'humour a été évoqué.

Concernant l'intervention humaine (33%), la majorité proposait une intervention sur les lieux fréquentés par les jeunes (39%) comme les centres commerciaux, les bowlings ; les établissements scolaires (33%) ; et les lieux de rencontres et de dragues « tout public » (28%).

La sensibilisation des parents pour aborder la sexualité avec leurs enfants était aussi mentionnée.

10 % précisaient l'importance d'utiliser un langage adapté aux jeunes.

- Types d'informations de prévention

La majorité des actions proposées auprès de la population générale (24%) prônaient l'éducation de la population et la diffusion d'informations sur le VIH : les symptômes, les modes de transmissions, les moyens de protection, et les traitements. Avec une volonté de mise en garde, en rappelant la dangerosité de cette maladie, voire même en diffusant des images « choc » de patients en phase terminale. Pour agir au plus près des jeunes, il a même été proposé d'intégrer l'histoire du VIH dans les programmes scolaires.

20 % proposaient la promotion et la gratuité du préservatif. Il a été mentionné la distribution de préservatifs dans les lycées et, universités, d'augmenter, et de diversifier les emplacements des distributeurs, de développer l'éducation sexuelle au lycée avec l'apprentissage de l'utilisation du préservatif.

9% proposaient de multiplier les dépistages systématiques et les propositions de dépistages sur les lieux publics, par la proximité, la rapidité et la faisabilité des TROD.

Enfin, l'information sous forme de témoignages de PVVIH (5%) était également proposée, notamment en les diffusant à la télévision.

Plusieurs patients ont exprimé l'importance d'une information en continue, une volonté de rendre concernée toute la population, de faire évoluer les mentalités pour parler sans tabou de cette maladie, pour lever les préjugés et la stigmatisation.

37,7% des patients ayant répondu aux deux dernières questions ont précisé ne pas vouloir différencier la population à risque de la population générale.

d) Proposition d'actions de prévention

Q. 28 : Avez-vous des propositions d'actions de prévention qui vous semblerait utiles et efficaces ?

Plusieurs actions de prévention ont été proposées.

12,5% des patients ont proposé des actions ciblées auprès des jeunes et la majorité proposait une action auprès de toute la population, sans distinguer les populations dites à risque.

Les propositions d'actions de prévention abordaient à la fois l'action en elle-même, mais aussi les lieux d'actions à privilégier.

- Actions de prévention

La majorité des patients (17,5%) ont proposé de multiplier les distributions gratuites de préservatifs dans les lieux publics, et les lieux de rencontre.

Une campagne de diffusion de témoignages de PVVIH a également été proposée (12,5%), ainsi que la diffusion d'informations, à visée éducative, sur le VIH (7,5%).

La promotion du dépistage, par la proposition de dépistages rapides dans les lieux stratégiques de rencontre a également été proposée, ainsi que des interventions sur les lieux publics, notamment via le bus itinérant.

L'idée d'actions de « choc » a également été abordée plusieurs fois par des mises en scène théâtrales dans les lieux publics, la réalisation de court-métrages réalistes diffusés sur les chaînes régionales, comme ceux de la sécurité routière, ou la diffusion de films ou de séries télévisées abordant la sexualité, la prévention, et la maladie, au travers de personnages auxquels il serait facile de s'identifier.

Exemple de propositions :

« Augmenter le nombre de distributeurs de préservatifs dans les lieux publics »

« Distribution de préservatifs gratuits dans les lieux de rencontre »
« Mettre une capote sur le monument aux morts rue de Paris »
« Faire des courts métrages comme pour la sécurité routière très réalistes mais sur un séropositif »

- Lieux d'actions

17,5 % des propositions se déroulaient dans des établissements scolaires. Soit par l'intégration de l'éducation sexuelle ou de l'histoire du VIH dans les programmes scolaires, soit par l'intervention de PVVIH dans des classes.

Une proposition dépistage systématique a également été proposée lors des visites de médecine du travail.

12,5 % des patients proposaient une intervention sur des lieux de rencontre (aussi bien homosexuels qu'hétérosexuels), et autant proposaient une intervention dans les médias, notamment sous formes de spots publicitaires de courtes durées, diffusés sur les réseaux sociaux, les sites internet de rencontre, à la télévision, ou au cinéma.

Enfin, 5% proposaient de majorer les interventions par les médecins traitants, médecins scolaires et médecins du travail.

e) Dysfonctionnements des campagnes de prévention sur les patients participant à l'étude

Q. 30 : Qu'est ce qui aurait pu faire que vous ne vous soyez pas infecté ?

61% des patients ayant participé à l'étude ont répondu à la question.

- 39 % ont évoqué l'utilisation du préservatif.
- 21 %, avoir eu plus d'informations, s'être senti plus concerné.
- 10,5 %, ne pas avoir eu trop d'excès de confiance en leur partenaire.
- 9 %, ne plus souffrir d'une addiction au sexe.
- 4,5 %, ne pas avoir eu un épisode dépressif contemporain à la prise de risque.
- 3 %, ne pas avoir eu de partenaires multiples.
- 3 %, des dépistages plus fréquents.
- 1,5 %, la non-pratique du Chemsex.

- 1,5 %, avoir reçu des informations de la part de leur médecin traitant.
- 1 %, qu'il y ait eu un traitement prophylactique durant la grossesse de leur mère.

6 % ont déclaré que rien n'aurait pu empêcher leur séroconversion.

V. Discussion

1. Profil des PVVIH

Les dernières données publiées par santé publique France en novembre 2018, et décembre 2017 précisent les caractéristiques épidémiologiques des PVVIH, à la Réunion sur l'année 2017(33, 35). Comme à l'échelle nationale, les données tardent à être publiées devant un retard pris dans les démarches de déclarations obligatoires des nouvelles contaminations survenues sur 2017 et 2018.

L'ensemble des caractéristiques épidémiologiques de notre population était comparable aux données de santé publique France, à savoir la proportion d'hommes et de femmes, l'âge moyen, et les tranches d'âge les plus représentées, la proportion de PVVIH nés à l'étrangers et ceux nés en France, ainsi que la proportion prédominante d'HSH, et une population hétérosexuelle majoritairement composée de femmes. Concernant les modes de dépistage, ils étaient eux aussi comparables aux données de santé publique France, avec une majorité de dépistage en laboratoire de ville, et un très faible taux de TROD ou d'ADVIH.

L'âge moyen de découverte du VIH était cependant plus jeune dans notre étude (33,1 ans, pour un âge moyen de 40 ans sur l'année 2017, et 41 ans sur la période de 2012 à 2016).

2. L'opinion des PVVIH sur les campagnes de prévention

Dans notre étude, les moyens de communication considérés comme les plus efficaces pour diffuser les campagnes de prévention étaient d'abord les interventions dans les médias, et surtout à la télévision, et ce quel que soit le mode de contamination. Puis venaient les interventions humaines de soignants, et de PVVIH. La population homosexuelle était plus sensible que la population hétérosexuelle à une information diffusée sur internet, ou via les réseaux sociaux.

Beaucoup d'opinions convergeaient vers l'idée de diffuser des messages de façon réaliste, ou sous forme de témoignage.

Même si plus d'un tiers des personnes ayant participé à l'étude ont précisé ne pas vouloir différencier la population à risque de la population générale dans les campagnes de prévention, plus de la moitié ont estimé que les campagnes ne s'adressaient pas suffisamment à la population générale. Il semble que cette volonté de distinguer les populations clés de la population générale entretienne se sentiment de stigmatisation pour certains. Des interventions à la télévision et humaines dirigées vers toute la population sembleraient adaptées, avec, en plus, des actions de proximité et un dépistage à la clé, dans les populations cibles.

Les données publiées par santé publique France à l'échelle nationale comme à l'échelle régionale, montrent une incidence clairement plus élevée dans la population homosexuelle, et hétérosexuelle originaire d'Afrique Subsaharienne. Cela peut justifier ce ciblage, et la nécessité de s'adresser tout particulièrement à ces populations plus exposées (6, 35) mais la persistance d'une « épidémie cachée » invite à poursuivre, comme le recommande la HAS, un travail de prévention auprès de la population générale également (24).

Ainsi, les PVVIH illustrent une vérité qui n'est pas si énoncée actuellement par la prévention en France : les populations cibles font aussi partie de la population générale. Elles peuvent donc être elles aussi touchées par des campagnes médiatiques de grande visibilité (télévision surtout mais aussi affiches), qui ont pratiquement disparu en France. Elles ont également besoin, en complément, d'une prévention ciblée, qui semble être plus efficace par des interventions de proximité.

3. Les raisons potentielles du manque d'efficacité de la prévention sur les PVVIH participant à l'étude

a) Perception du préservatif

En interrogeant les PVVIH, un fort pourcentage rapportait que leur infection aurait pu être évitée s'ils avaient eu un rapport protégé. Cela sous-entend que, d'une manière ou d'une autre, la promotion du préservatif aurait pu présenter une faille, soit par son manque de facilité d'accès, soit par son coût, soit par sa perception négative.

Depuis peu, la prise en charge du préservatif par l'Assurance maladie, et la mise en place du PASS préservatif pour les jeunes, tendent à faciliter l'accès aux préservatifs (22, 28). L' « image » du préservatif doit sans doute être améliorée en promouvant, par exemple, son côté ludique puisqu'il peut lui-même être source de plaisir ou de jeux sexuels ; mais également en promouvant son image de respect et de responsabilité envers le partenaire, et non de défiance ou de méfiance.

b) Information à visée éducative

D'autres rapportaient un sentiment de ne pas se sentir concerné par le VIH, ou d'avoir eu trop confiance en leur partenaire. Ces deux points peuvent soulever le manque d'information, ou une information pas suffisamment percutante pour être appropriée, le manque de connaissance, et/ou le manque de méfiance vis-à-vis de cette infection, et/ou la perception négative du préservatif. Cela pourrait confirmer l'importance de diffuser, en plus d'invitation aux dépistages et à la protection, plus d'informations à visée éducative lors des campagnes médiatiques et en milieu scolaire.

c) Intervention du médecin généraliste

Certains reprochaient un manque de sensibilisation de la part de leur médecin généraliste, voire leur manque de connaissance pour certains. Plus d'un tiers des PVVIH interrogées aurait aimé être d'avantage sensibilisées. Cela confirme la probable difficulté des médecins généralistes soulevée dans certaines études, à aborder ces questions en consultation, laissant plus souvent la prévention se faire à la demande du patient (29, 30). Une formation des médecins généralistes afin de les rendre plus à l'aise sur le thème de la sexualité, et sa place dans la consultation de médecine générale pourrait être bénéfique, et faciliterait la prévention non seulement du VIH, mais de l'ensemble des IST, des grossesses non désirées, des IVG...

4. Les propositions de modifications et faisabilité

a) L'éducation, l'école et les jeunes

Beaucoup de patients avaient exprimés l'importance d'agir auprès des jeunes. Il est vrai que l'observation d'une recrudescence des IST, dont le VIH, dans les populations jeunes de moins de 25 ans (et homosexuelle), tant à la Réunion qu'en métropole, pourrait inviter à considérer les moins de 25 ans comme une population cible à part entière (6, 33, 35).

De cette volonté d'agir prioritairement auprès des moins de 25 ans, les propositions de prévention s'étaient majoritairement tournées vers des actions dans les lieux d'enseignement scolaire (écoles primaires, collèges et lycées). Elles permettraient en effet de toucher un public jeune, et de sensibiliser tôt au respect de soi et des autres, à l'égalité des sexes, et ce dès le plus jeune âge. Puis, au fur et à mesure que l'enfant grandit, de lui apprendre à connaître son anatomie, le fonctionnement de la reproduction, de la sexualité, des IST, l'utilisation du préservatif, et dans l'idéal avant l'entrée dans la sexualité. Il avait même été proposé d'intégrer l'Histoire du VIH dans les programmes scolaires actuels. Cela pourrait permettre de sensibiliser davantage toute une population n'ayant pas vécu la terreur du VIH, non seulement aux modes de transmission, de dépistage et de traitement du VIH, mais également de leur faire prendre conscience des ravages qu'a causé de cette épidémie, et qu'elle cause encore dans certains pays en voie de développement, où les TARV ne sont pas encore accessibles par tous.

L'éducation sexuelle est devenue obligatoire dans les établissements scolaires depuis 2001 (39), même si plusieurs études nous ont montré, que pour le moment, les élèves réunionnais n'avaient, le plus souvent, qu'une séance de deux heures par an dédiées à la prévention du VIH (38). Et que celles-ci débutent en général au collège (en classe de quatrième), ce qui semble un peu tard pour certains, déjà entrés dans la sexualité. Il semble important de rajouter que les actions de prévention en milieu scolaire sont pour la plupart réservées aux établissements les plus « à risque » (définis par le nombre élevé de grossesses précoces, ou par le taux d'échec scolaire...). Le nombre d'intervenants n'est en effet pour le moment pas suffisant pour couvrir l'ensemble de l'île, même s'il tend à augmenter avec la création du service sanitaire des étudiants en médecine (40).

Cette volonté d'agir auprès des élèves et des étudiants a débuté dans les années 80, aux Etats-Unis, et au Canada, avant de s'expandre en Europe. Ce programme appelé Gay-straight alliance (GSA) est notamment appliquée aux Pays-Bas, et au Royaume-Uni, et prévoit trois interventions par an auprès des collégiens, lycéens et étudiants, afin d'aborder la sexualité, et de lutter également contre les stigmatisations envers la communauté « lesbian, gay, bisexual, and transgender » (LGBT) (54).

Une étude évaluant le processus de prévention primaire en santé sexuelle à la Réunion (38) rapporte que les élèves étaient plus sensibles, et surtout plus à l'aise, face à des intervenants extérieurs à l'établissement. Cela encouragerait à favoriser les interventions, dans les établissements, d'associations œuvrant dans le champ de la lutte contre le VIH, et d'équipes hospitalières en charges des CeGIDD, plus que des membres internes aux structures. L'intervention de PVVIH, au travers de leur témoignages, était également émise et permettrait de rendre un peu plus « réelle » cette infection, au travers d'une personne directement touchée. De plus, l'extension des missions des SUMPPS aux consultations de prévention des IST permet une voie d'action supplémentaire auprès des étudiants (28).

Il était également proposé de faciliter l'accès des élèves de lycées, et de collèges aux préservatifs, en organisant des distributions gratuites régulières dans les établissements. Le Ministère de l'éducation nationale, dans sa circulaire du 11 décembre 2006, demande l'installation de distributeurs automatiques de préservatifs dans les lycées d'enseignement général et technologique et les lycées professionnels (53). Le Ministère des Affaires sociales et de la Santé tente, au travers de sa dernière feuille de route de mars 2018, de favoriser l'accès gratuit des jeunes aux préservatifs (28), et rend remboursable le préservatif sur prescription médicale depuis le 1^{er} décembre 2018 (22). Cependant, à la Réunion, l'histoire a montré que le corps enseignant n'était pas toujours favorable à cette promotion et cette facilité d'accès au préservatif, tout comme les parents d'élèves. La raison principale restant toujours la crainte que l'accès au préservatif invite à une sexualité plus jeune, et la naïveté de croire que ne pas parler de sexualité éloignerait l'âge du premier rapport de leur progéniture. Bien au contraire, nous savons, au travers de plusieurs études, que plus un jeune entend parler tôt de sexualité, plus l'âge du premier rapport sera tardif (61), et le rôle crucial que représente les parents, et l'école, dans cette éducation (62). En multipliant les interventions de membres d'associations et d'équipes des CeGIDD au sein des établissements, une distribution gratuite de préservatifs pourrait être associée, et permettrait l'apprentissage à

l'utilisation du préservatif. En effet, voir l'objet, oser le toucher, le tester sous l'eau, permettent de s'y familiariser, et multiplient les chances de facilitation de son futur usage, lorsque celui-ci deviendra nécessaire.

Toujours concernant l'éducation, il avait plusieurs fois été exprimé une volonté d'éduquer et d'informer sur le VIH, tant sur les modes de transmissions et de protection, que sur l'intérêt de connaître son statut sérologique. Cette diffusion d'informations à visée éducative semblait importante à développer dans la population générale, tout âge confondu, devant une sensation de tendance à la banalisation du VIH. Il est vrai qu'une étude menée en 2012 à la Réunion, rapportait une connaissance en baisse de la population à l'égard du VIH, et la persistance d'idées reçues, prédominant certes chez les moins de 25 ans, mais également présente dans les autres tranches d'âge (37). Une éducation auprès des parents, premiers éducateurs des jeunes, avait également été évoquée, et pourrait se réaliser via les établissements scolaires, les associations sportives et les associations de quartier, mais aussi par les médecins généralistes...

b) Les médecins généralistes, et la médecine du travail

Les médecins généralistes ont toute leur place dans la prévention primaire en général. Mais celle-ci, qui devrait faire partie intégrante de leur métier, est souvent laissée de côté par manque de connaissances, de temps, ou par une gêne à aborder la sexualité. Bien trop souvent, les médecins généralistes ne sont pas suffisamment au courant de l'orientation sexuelle de leurs patients, ce qui ne leur permet pas toujours d'adapter leur prise en charge, en termes de prévention (55, 57, 63).

Il faut cependant noter que près d'un tiers des patients ne fréquentait pas du tout leur médecin traitant. Il restait tout de même un acteur de prévention efficace principalement pour les patients hétérosexuels, et plus d'un tiers des patients regrettait ne pas avoir été davantage sensibilisé par leur médecin traitant.

Le médecin généraliste a le plus souvent accès à la population générale, mais peut également être amené à consulter des patients jugés à risque, surtout si l'on considère que les moins de 25 ans sont plus à risque d'être infectés. Plusieurs études tendent à montrer d'une part, la réticence des médecins généralistes à prescrire un dépistage systématique dans la population générale, et d'autre part, la difficulté pour certains à aborder la prise de risque, et le dépistage, amenant à des

opportunités manquées (29, 30, 49). Une action de sensibilisation à la prescription d'un dépistage systématique selon les populations, et une sensibilisation aux signes cliniques devant faire prescrire un dépistage, auprès des médecins généralistes de la Réunion pourrait être intéressant, tout comme la possibilité de prescription de boîtes de préservatifs. Une sensibilisation à l'abord des prises de risques, du dépistage et de façon plus globale l'abord de la sexualité en consultation pourrait également être intéressante, notamment via des formations dans le cadre de la formation continue. En effet, plusieurs études réalisées auprès de médecins généralistes en France, montrent que les médecins généralistes n'osent pas suffisamment aborder la sexualité aux yeux des patients, souvent par peur d'être intrusif, alors que la majorité des patients évoque une satisfaction à ce que la question soit abordée (55, 56, 57). Mais les médecins généralistes sont débordés, et confrontés à des offres permanentes de formation continue dans différents domaines de soins. Des formations proposées par le biais d'acteurs du COREVIH Océan Indien ont plusieurs fois été proposées (trois fois ces dernières années), par ville pour la dernière, afin de faciliter les déplacements des médecins. Mais malheureusement, jusqu'à présent le taux de participation à ces formations n'était que de 5 à 10% des médecins invités (Source : présidente de COREVIH Océan Indien). Il pourrait être intéressant de développer l'intervention d'acteurs (du COREVIH par exemple) directement auprès des cabinets médicaux, comme le font les visiteurs médicaux de laboratoires pharmaceutiques, en mettant au point un éventuel support pouvant reprendre les principales recommandations de dépistage du VIH, et les signes cliniques devant faire rechercher une primo infection. Ainsi, l'expression orale des recommandations permettrait une « piqûre de rappel », et le support matériel permettrait peut-être de la rendre plus durable dans le temps.

L'intervention de la médecine du travail avait également été citée, et permettrait l'éducation et la prévention, via une intervention humaine, a priori jugée plus efficace, de la population générale des travailleurs.

c) L'accès aux préservatifs et autres moyens de protection

Beaucoup des patients prônaient la promotion du préservatif par la facilitation d'accès, la multiplication des distributions gratuites, l'augmentation du nombre de distributeurs de préservatifs et la diversification de leurs emplacements dans des lieux stratégiques.

Comme décrit précédemment, l'accès aux préservatifs tente d'être facilité pour les jeunes, et le remboursement du préservatif par l'Assurance maladie permettra également d'en faciliter leur accès.

L'idée de diversifier les emplacements de distributeurs est intéressante, et permettrait de les installer dans des lieux stratégiques. Au Pays-Bas, les distributeurs de préservatifs sont par exemple situés presque systématiquement dans les WC de bars, de boîtes de nuit et autres lieux de rencontres. Au Japon, chaque client trouve, dans la salle de bain de son hôtel, quel qu'en soit la catégorie, des préservatifs. Cela semble judicieux, puisqu'il permet un accès discret, facile et sûr, sur un lieu où les rencontres sont fréquentes. Ils peuvent aussi bien s'installer dans des lieux fréquentés par la population générale, tout comme par les populations à risque.

Les patients avaient également cité l'importance d'informer sur les autres moyens de protection, et notamment sur les PrEP. En effet, avec les TASP et les TPE, ces moyens de protections sont encore très mal connus du grand public et des personnes des populations cibles. A la Réunion, mis à part quelques articles de journaux, et quelques interviews de médecins et associatifs, aucune campagne n'a fait leur promotion, comme il y a pu avoir en métropole, faute de financement (64).

d) La télévision, la publicité, les campagnes d'affichage

La télévision était citée comme le moyen de communication le plus efficace, quel que soit le mode de contamination des patients. Elle permet en effet, selon les chaînes choisies pour diffuser l'information, d'atteindre aussi bien la population générale qu'une population plus spécifique comme un public jeune. Il était proposé la diffusion de courts métrages sous forme de spots publicitaires, en essayant d'utiliser des images réalistes et choquantes. L'exemple des campagnes de prévention pour la sécurité routière avait été donné. Aucune vidéo du même type n'est diffusé concernant le VIH. Un article publié en 2014 soulève le problème de la régulation publicitaire (58). Il évoque une campagne de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) diffusée en 2007 sous forme de spots vidéo et d'affiches représentant des couples hétéro ou homosexuels dans une situation explicite de rapport sexuel. Une des affiches représentait par exemple un couple d'hommes nus, l'un allongé sur l'autre, accompagné du message « Chaque jour en

France, quatre homosexuels découvrent leur séropositivité ». Le bureau de vérification de la publicité (association interprofessionnelle d'autorégulation de l'activité publicitaire), jugeant le visuel de « nature à choquer le public », et pointant des « risques de réactions négatives que comporte la visualisation [...] des ébats d'un couple homosexuel », avait demandé à mettre un terme à la campagne d'affichage. Le Conseil national du SIDA avait finalement conclu que les principes du bureau de vérification de la publicité étaient contraires à ceux qui prévalent en santé publique.

Plus récemment, une campagne élaborée par santé publique France en 2016 visait à promouvoir la prévention diversifiée auprès des HSH (59). Devant une épidémie se développant vers des lieux moins communautaires, et plus via les réseaux sociaux, l'idée était de s'adresser exclusivement aux HSH, en diffusant les campagnes dans l'espace public afin de toucher tous les HSH, et pas seulement ceux fréquentant les lieux communautaires. Une vaste campagne d'affichage avait donc été menée, représentant des couples homosexuels associés à des messages promouvant la prévention diversifiée. Les images n'avaient aucun caractère sexuel explicite. Il n'y a pas eu de censure mais les retombées médiatiques se sont soldées par l'opposition de groupes véhiculant un discours homophobe. Cela a eu pour conséquence de déplacer l'attention et le débat vers les questions d'homophobie au détriment des questions de prévention. La réalisation de spots publicitaires réalistes et choquant comme conseillé par certains patients semble pour le moment difficile à envisager. Et cela soulève la nécessité de poursuivre la lutte contre la stigmatisation des personnes LGBT, du VIH, et de la sexualité.

A la Réunion, il n'existe actuellement plus de campagnes médiatiques « pays » ni à la télévision, ni à la radio ou par voie d'affichage, comme cela pouvait exister il y a quelques années, faute de moyen. Le financement des campagnes inter-associatives est stoppé en 2012, après une dernière campagne d'affichage nommée « Ou koz su le sex, solman ou koné pa rien » (21). Cela est regrettable puisqu'il ressort de notre étude que ces campagnes sont les plus vues et les plus retenues.

Comme nous l'avons analysé plus haut, rien n'empêche de diffuser des campagnes destinées à la population générale (à laquelle appartiennent aussi les personnes des groupes à épidémie concentrée) par ces moyens et, pour ne pas choquer ou ne pas risquer une interdiction, d'utiliser des moyens de communication plus ciblés (réseaux sociaux, sites internet, flyers à distribuer sur les lieux de fréquentation spécifique) pour les populations cibles. Il existe d'ailleurs plusieurs pages « pays » sur les

réseaux sociaux, adressées à ces populations (@zomzone974, page d'informations portant sur la prévention et le dépistage des IST à destination du public masculin de l'île de La Réunion).

e) Difficultés culturelles, spécificités d'approche et stigmatisations

Plusieurs patients avaient exprimé l'importance de lutter contre la stigmatisation du VIH et de l'homosexualité à la Réunion. Il est vrai que plusieurs études réunionnaises ont montré la difficulté persistante, pour certains HSH, d'assumer leur orientation sexuelle, en ayant le plus souvent l'alibi social d'être en couple hétérosexuel. Alors que toute une partie de la population continue à penser que l'homosexualité est un signe de trouble psychologique (32, 37).

La spécificité réunionnaise réside en partie dans son caractère « multiculturelle ». Créoles, Malbarres, Chinois, Zarabes, Zoreilles, et plus récemment Malgaches et Mahorais, cohabitent depuis des décennies. On pourrait se poser la question de réaliser des déclinaisons de messages de prévention adressées à chacune des catégories de personnes. Toutefois, même si une telle déclinaison diminuerait les taux d'exposition de chaque public et resterait moins efficace qu'une campagne générale, elle pourrait cependant utilement la compléter (59).

Pour les patients, les campagnes de prévention devaient être déclinées surtout en Français et en Créole, et en un mélange franco-créole, comme ce qui a été fait par le passé. Plusieurs patients avaient cependant insisté sur l'importance de réaliser des déclinaisons destinées aux jeunes, en utilisant un langage adapté aux moins de 25 ans.

Enfin, les communautés malgache et comorienne ne parlant et ne comprenant pas forcément bien le français, devraient pouvoir avoir une prévention dans leur langue, en distribuant cette information par le biais des associations communautaires.

f) Les réseaux sociaux et internet

Il ressortait que les patients homosexuels étaient plus sensibles à une information diffusée sur internet, ou via les réseaux sociaux. C'est effectivement ce que plusieurs études rapportent, et notamment une étude réalisée en 2016 évaluant les retombées d'une campagne de prévention déployée dans le volet médiatique, sur les lieux publics, et dans le volet digital communautaire (59). Elle comptabilisait les « taux de clics » (rapport entre le nombre de clics sur une bannière et le nombre d'expositions à celle-ci) et le « taux d'arrivées » (rapport entre le nombre de clics sur les bannières et le nombre d'arrivées sur le site, qui permet d'écarter les clics par erreur) d'un dispositif de bannière sur internet. Il en ressortait qu'internet et les réseaux sociaux étaient des outils performants pour toucher la cible des HSH. Ils permettent en effet de diffuser des « bannières » préventives sur des sites stratégiques comme des sites de rencontres, et peuvent s'adresser au public homosexuel, comme au public jeune, ou hétérosexuel selon les sites privilégiés.

La génération des moins de 25 ans, appelée la « génération C », est née dans le monde du numérique, et est majoritairement constituée de jeunes technophiles (60). L'utilisation d'internet et des réseaux sociaux semble être un bon support pour la diffusion de campagne de prévention à leur égard. Il existe d'ailleurs plusieurs applications, comme l'application québécoise « sexposer » permettant de calculer son risque de transmission du VIH et IST selon le type de pratique sexuelle utilisée (<https://pvsq.org/sexposer>).

Il ne faut cependant pas oublier que la Réunion compte trois fois plus d'illettrés qu'en métropole, soit 110 000 adultes de 16 à 65 ans. Environ 15 % des élèves réunionnais n'ont pas les compétences de base en sortant du milieu scolaire, selon le chargé de la mission régional de l'agence nationale de lutte contre l'illettrisme (65). Ces jeunes ne doivent pas être des oubliés de la prévention primaire, qui doit se faire verbalement dans leur cas.

5. Biais et limites de l'étude

Notre question de recherche « comment, à partir de l'avis des PVVIH réunionnais, pourrait-on améliorer la prévention primaire contre le VIH à la Réunion et l'adapter au mieux au grand public, et aux populations cibles ? », bien que représentant une

étude épidémiologique descriptive de faible niveau de preuve scientifique, nous a permis d'obtenir des propositions peut être plus adaptées aux habitudes et cultures locales, puisque les personnes interrogées vivaient à la Réunion. De plus, étant particulièrement concernées par cette infection, puisque PVVIH, et donc probablement plus sensibles aux campagnes de prévention actuelles, elles semblaient être les mieux placées pour savoir si la prévention qu'elles avaient reçue à leur époque avait été suffisante, et ce qui leur aurait permis de ne pas se contaminer. Leur opinion nous semblait donc précieuse à recueillir.

Le principal biais de cette étude était un biais de sélection dans la constitution de l'échantillon de la population étudiée, puisque seuls des patients suivis au CHU Félix Guyon ont été recrutés. Nous avons pris parti de réaliser une étude monocentrique, car plus des deux tiers de la file active des PVVIH à la Réunion, étaient suivis au CHU Félix Guyon, et venaient de l'ensemble de l'île, y compris du Sud. L'effectif des patients présentés dans cette étude, bien que modéré, était représentatif de la file active des PVVIH à la Réunion.

Le choix de l'auto-questionnaire permettait de limiter l'influence des enquêteurs sur les personnes interrogées dans leur réponse. Il permettait un respect de l'intimité des participants, et donc une sincérité plus vraisemblable des réponses données. Et il assurait leur total anonymat. Les questionnaires étaient adaptés à la méthode utilisée pour ce travail, à savoir une enquête d'opinion, descriptive et transversale.

La réalisation d'une enquête qualitative par entretien individuel aurait permis de s'assurer de la bonne compréhension de chacune des questions, et des réponses, de demander des éclaircissements ou explications si nécessaire, notamment pour les cinq dernières questions ouvertes du questionnaire. Un focus group aurait également pu être proposé pour la réalisation de ces dernières questions. Cela aurait pu permettre de faire émerger des idées de groupe, parfois riches.

Toutefois, l'intimité de l'ensemble des questions de notre enquête rendait la réalisation d'un focus group impossible. L'enquête qualitative ne nous aurait pas permis d'obtenir un échantillon aussi vaste. Le choix d'une enquête quantitative d'opinion nous semblait donc adapté.

VI. Conclusion

Cette étude de l'opinion des PVVIH à la Réunion sur les campagnes de prévention actuelles contre le VIH expose les principaux supports de communications considérés comme les plus efficaces par les PVVIH réunionnais, et leurs propositions d'améliorations des futures actions de prévention.

De toutes les propositions faites par les patients de l'étude, il semble important d'insister sur la volonté de vouloir considérer la population des moins de 25 ans comme une population cible à part entière, devant une recrudescence inquiétante des IST et du VIH dans cette population, ces dernières années.

La prévention par les médias est clairement privilégiée pour la population générale (télévision puis radio), afin de toucher tout le monde, y compris les populations cibles. La prévention au travers des réseaux sociaux et internet semble quant à elle avoir toute sa place pour les populations cibles. Cependant, depuis 2012, il n'existe plus de campagne médiatique adaptée à la Réunion, et un faible relais local des campagnes nationales (alors que l'usage de la langue créole est mise en avant par notre étude). Concernant les populations cibles, il a jusqu'à présent été impossible de pouvoir insérer des messages de prévention sur les applications de rencontre (type Roméo ou Grinder) de la Réunion.

Le rôle du médecin généraliste est clairement mis en avant par les PVVIH. Or il semble ne remplir son rôle de prévention primaire en santé sexuelle que dans un tiers des cas. La volonté nationale de poursuivre le dépistage systématique de la population générale, et le dépistage plus fréquent des populations à risques, n'est a priori que très partiellement relayée par les médecins généralistes. Il semble donc important de ne pas négliger la sensibilisation des médecins généralistes réunionnais aux sujets de la sexualité, des IST, et du VIH.

Notre travail a donc montré des pistes d'amélioration de la prévention et du dépistage à la Réunion : reprise des campagnes médiatiques en utilisant au moins partiellement le créole (et traduction éventuelle en malgache voire comorien) ; travail plus marqué sur les réseaux sociaux locaux pour les populations cibles ; systématisation (dont nous sommes loin) d'interventions en milieu scolaire, et débutant dès le primaire ; rôle clé des médecins généralistes à améliorer.

Il existe à la Réunion un important contraste (comme au niveau national) entre la qualité de la prise en charge (qui est optimale à la Réunion) et celle de la prévention

(qui est plutôt en recul, faute de moyens financiers essentiellement). L'amélioration de la qualité et de l'espérance de vie des PVVIH semble avoir eu une double conséquence : la reprise de conduites à risque surtout chez les jeunes et la baisse de la prévention au niveau national et local.

Nous espérons, par notre travail, avoir contribué à apporter des éléments nouveaux pour repartir vers une prévention primaire plus dynamique et efficace à la Réunion, qui semble indispensable à la baisse du nombre de nouvelles contaminations.

VII. Références bibliographiques

1. Center Disease Control. Pneumocystis Pneumonia --- Los Angeles. Morbidity and Mortality Weekly Report. 1981 Jun;30(21):250-252. (Consulté le 10 juin 2019). Disponible sur internet : https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/june_5.htm
2. ONUSIDA. Fiche d'information - statistiques mondiales sur le VIH en 2017. Décembre 2018. (Consulté le 10 juin 2019). Disponible sur internet : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_fr.pdf
3. ONUSIDA. Onusida 2013 | Le sida en chiffre. 2013. (Consulté le 10 juin 2019). Disponible sur internet : https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC257_1_AIDS_by_the_numbers_fr_1.pdf
4. Supervie V., Koumavi Ekouevi D. Epidémiologie de l'infection par le VIH en France et dans le monde. La revue du praticien. 2014 ;64 :1060-1066. (Consulté le 10 juin 2019). Disponible sur internet : http://solr.gmsante.fr/RDP/2014/8/RDP_2014_8_1060.pdf
5. Santé publique France. Découvertes de séropositivité VIH et de sida en 2015. Point épidémiologique. Mars 2017. (Consulté le 10 juin 2019). Disponible sur internet : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Decouvertes-de-seropositivite-VIH-et-de-sida.-Point-epidemiologique-du-23-mars-2017>
6. Santé publique France. Infection par le VIH et IST bactériennes. Bilan épidémiologique 2017. Novembre 2018. (Consulté le 10 juin 2019). Disponible sur internet : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Infection-par-le-VIH-et-les-IST-bacteriennes.-Point-epidemiologique-du-26-novembre-2018>
7. Supervie V, Ndawinz JD, Lodi S, Costagliola D. The undiagnosed HIV epidemic in France and its implications for HIV screening strategies. AIDS 2014;28:1797-804.
8. Santé publique France. Infection par le VIH/SIDA et les IST. Point épidémiologique 2014. Novembre 2015. (Consulté le 10 juin 2019). Disponible sur internet : <http://invs.santepubliquefrance.fr/%20fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Infection-par-le-VIH-SIDA-et-les-IST.-Point-epidemiologique-du-23-novembre-2015>

9. Code de la santé publique – Article L. 3121-2. Arrêté du 1er juillet 2015 relatif aux centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles. (Consulté le 10 juin 2019). Disponible sur internet : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=C224BBE690259CB1FF25BEC621A5C020.tpdila20v_3?idArticle=LEGIARTI000030826165&cidTexte=JORFTEXT000030824409&categorieLien=id&dateTexte=
10. CNS. Avis et suivi de recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes adultes. 19 janvier 2017. (Consulté le 04 novembre 2018). Disponible sur internet : <http://cns.sante.fr/rapports-et-avis/avis-jeunes-2017>
11. La Mutuelle des Etudiants. 3ème Enquête nationale sur la santé des étudiants. 2011. (Consulté le 12 juin 2019). Disponible sur internet : [http://www.sante-sociaux.fr/cfdt14/fichiers/etudiants/resultats_enquete_ense_3\[1\].pdf](http://www.sante-sociaux.fr/cfdt14/fichiers/etudiants/resultats_enquete_ense_3[1].pdf)
12. Sondage Ifop pour Sidaction. Les jeunes, l'information et la prévention du Sida. 2018. (Consulté le 12 juin 2019). Disponible sur internet : <http://presse.sidaction.org/communiqu/169199/Sondage-Ifop-Bilendi-jeunes-l-information-prevention-du-sida>
13. SMEREP. Rapporte d'étude Opinion-way : Santé des lycées. Juin 2018. (Consulté le 12 juin 2019). Disponible sur internet : <https://www.opinion-way.com/fr/sondage-d-opinion/sondages-publies/opinionway-pour-smerep-la-sante-des-lyceens-juin-2018/viewdocument.html>
14. SMEREP. Rapporte d'étude Opinion-way : Santé des étudiants. Juin 2018. (Consulté le 12 juin 2019). Disponible sur internet : <https://www.opinion-way.com/fr/sondage-d-opinion/sondages-publies/opinionway-pour-smerep-la-sante-des-etudiants-juin-2018/viewdocument.html>
15. Méthy N., Velter A., Semaille C., Bajos N. Sexual behaviours of homosexual and bisexual men in France : A generational approach. PLoS One. 2015;10(3).
16. Morlat P. Prise en charge médicale des PVVIH. Recommandations du groupe d'experts sous la direction du Pr Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ANRS. La documentation Française. 2017;Chapitre:épidémiologie,26p. (Consulté le 04 mai 2018). Disponible sur internet : https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2017/10/experts-vih_epidemiologie.pdf

17. Morlat P. Prise en charge médicale des PVVIH. Recommandations du groupe d'experts sous la direction du Pr Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ANRS. La documentation Française. 2018;Chapitre:prévention et dépistage, 46p. (Consulté le 04 mai 2018). Disponible sur internet : https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2018/04/experts-vih_prevention-depistage.pdf
18. ONUSIDA. 90-90-90, une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du SIDA. 2014. (Consulté le 04 mai 2018). Disponible sur internet : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_fr.pdf
19. Poutrain V. L'évolution de l'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires. Éducation et socialisation. 2014. 36 ;12p. (Consulté le 14 juin 2019). Disponible sur internet : <https://journals.openedition.org/edso/951>
20. Lydié N., Machet V., Bessarion C., Ardvison P., Bluzat L. Campagne sur la prévention diversifiée auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes réalisée en France métropolitaine en 2016 : description d'une démarche innovante et éléments de bilan. Bull Epidémiol Hyg. 2017;9-10:617-622. Disponible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/29-30/pdf/2017_29-30_4.pdf
21. Rive. Communication grand public. (Consulté le 29 juillet 2019). Disponible sur : <http://www.association-rive.org/menu-haut/nos-actions/campagnes-de-prevention/>
22. Ministère de la Solidarité et de la Santé. Communiqué de presse : premier préservatif remboursé par l'Assurance maladie. Ministère de la Solidarité et de la Santé. 27/11/2018. (Consulté le 12 juin 2019). Disponible sur internet : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/181127-cp_prise_en_charge_preservatif.pdf
23. Majorelle. EDEN ®, le premier préservatif remboursable sur prescription médicale. 27/11/2018. (Consulté le 12 juin 2019). Disponible sur internet : http://www.laboratoires-majorelle.com/wp-content/uploads/2018/11/CP-MAJORELLE-EDEN_27112018.pdf
24. Haute Autorité de Santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France. HAS. 2017. (Consulté le 10 octobre 2018). Disponible sur internet : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/dir2/reevaluation_de_la_strategie_depistage_vih_-_synthese_conclusions_reco.pdf

25. San Francisco Department of Public Health. HIV Epidemiology Annual Report. San Francisco Health Network. 2016. (Consulté le 11 juin 2019) Disponible sur internet :

https://www.sfdph.org/dph/includes/bSearch2.asp?q=hiv&btnG=&entqr=0&ud=1&sort=date%20%3AD%20%3AL%20%3Ad1&output=xml_no_dtd&oe=UTF-8&ie=UTF-8

26. ANSM. Prophylaxie pré-exposition au VIH : l'ANSM rappelle les mesures additionnelles de réduction des risques - Point d'Information. 28/07/2017. (Consulté le 13 juin 2019). Disponible sur internet : <https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Plus-de-10-000-personnes-ont-initie-une-prophylaxie-pre-exposition-PrEP-au-VIH-par-Truvada-ou-generiques-Point-d-Information>

27. Morlat P. Prise en charge médicale des PVVIH. Recommandations du groupe d'experts sous la direction du Pr Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ANRS. La documentation Française. 2017; Chapitre: Prise en charge des accidents d'exposition sexuelle et au sang (AES) chez l'adulte et l'enfant, 32p. (Consulté le 13 juin 2018). Disponible sur internet : https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2017/10/experts-vih_aes.pdf

28. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Feuille de route de la stratégie nationale de santé sexuelle 2018 – 2020. Avril 2018. (Consulté le 12 juin 2018). Disponible sur internet : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_pnsp_sante_sexuelle.pdf

29. Observatoire Régional de la Santé. Evaluation du dispositif de recommandations et d'informations pour les pratiques médicales et biologiques de dépistage du VIH en Isère. ORS Rhône-Alpes. Avril 2003.

30. Champenois K, Cousien A, Cuzin L, et al. Missed opportunities for HIV testing in newly-HIV-diagnosed patients, a cross sectional study. BMC Infect Dis. 2013;13:200. (Consulté le 12 juin 2019). Disponible sur internet : <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2334-13-200>

31. ANSM. Suivi de l'utilisation de Truvada ou génériques pour une prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH. Novembre 2018. (Consulté le 11 juin 2019). Disponible sur internet : https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/c535860cc7e1edc428e328c33a57508b.pdf

32. Gaud C., Patrice P., Cautron C., Duronea C., & le groupe des cliniciens du CoreVIH. Épidémie de VIH/Sida à la Réunion, 1987-2016. Santé publique France Cire Océan Indien. 2017;35:9-12. (Consulté le 26 avril 2018). Disponible sur internet : http://www.irepsmayotte.org/depot_arkcms_ireps_mayotte/depot_arko/articles/189/2017-35-bvs-ist-vih-run-may_doc.pdf
33. Santé publique France. Surveillance et prévention des infections à VIH et autres infections sexuellement transmissibles. Bilan de santé publique, La Réunion. Décembre 2018. (Consulté le 10 juin 2019). Disponible sur internet : https://www.urml--oi.re/Infos/images/bsp_VIH-IST_reunion_decembre_2018.pdf
34. Pialoux G. Nouvelles contaminations VIH en 2017: Pourquoi les chiffres français sont-ils mauvais ? VIH.org. Mars 2019. (Consulté le 14 juin 2019). Disponible sur : <http://vih.org/20190328/nouvelles-contaminations-vih-en-2017-pourquoi-chiffres-francais-sont-ils-mauvais/141745>
35. Santé publique France. VIH/sida à La Réunion : surveillance, dépistage et diagnostic. Point épidémiologique. 2017;64:1-6. (Consulté le 28 septembre 2018). Disponible sur internet : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Points-epidemiologiques/Tous-les-numeros/Ocean-Indien/2017/Surveillance-du-VIH-Sida-a-la-Reunion.-Point-epidemiologique-au-1er-decembre-2017>
36. Sauvage C, Saboni L, Trouiller-Gerfaux P, Sommen C, Alexandre A, Lydié N et al. Rapport Prevagay 2015. Enquête de séroprévalence du VIH menée auprès des HSH fréquentant les lieux de convivialité gay. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. 87 p. (Consulté le 14 juin 2019). Disponible sur internet : http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=10994
37. Bardot M., Bernard C., Bernede-Bauduin C., Dassa B. Enquête KABP Réunion 2012. Connaissances, attitudes, croyances et comportements des réunionnais en matière de risques liés aux comportements sexuels. Observatoire Régional de Santé de la Réunion ; 2012. 94p.(Consulté le 29 septembre 2018). Disponible sur internet : https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/pdf/kabp_2012_rapport_final.pdf
38. Nguyen A-D., Mariotti E., Chaussade C., Chopinet-Dijoux S. Evaluation qualitative du processus de prévention primaire en santé sexuelle à la Réunion : démarche et perspectives. Bulletin de santé publique. Décembre 2018 :11- 13. (Consulté le 10 juin 2019). Disponible sur internet : https://www.urml--oi.re/Infos/images/bsp_VIH-IST_reunion_decembre_2018.pdf

39. Code de l'éducation. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. Art. L. 312-16. (Consulté le 13 juin 2019). Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000222631&categorieLien=id>
40. Code de santé publique. Arrêté du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire pour les étudiants en santé. Code de santé publique. 12 juin 2018. (Consulté le 11 juin 2019). Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037051110&categorieLien=id>
41. Caliez F. Les grossesses chez les mineures à la Réunion. ARSOI. Septembre 2016. (Consulté le 11 juin 2019). Disponible sur internet : <https://www.arsoi-notresante.fr/parcours-de-sante-population-sante-de-ladolescent-thematiques-perinatalite-et-petite-enfance-et/les>
42. Vilain A. 211900 interruptions volontaires de grossesse en 2016. Drees. Juin 2017. (Consulté le 11 juin 2019). Disponible sur internet : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1013.pdf
43. Code de la santé publique. Arrêté du 28 mai 2010 fixant les conditions de réalisation du diagnostic biologique de l'infection à VIH et les conditions de réalisation du test rapide d'orientation diagnostique dans les situations d'urgence. 28/05/2010. (Consulté le 13 juin 2019]. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022320859&fastPos=1&fastReqId=62601366&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>
44. Haute Autorité de Santé. Dépistage de l'infection par le VIH en France. Stratégies et dispositif de dépistage. HAS. Octobre 2009. (Consulté le 10 octobre 2018). Disponible sur internet : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/synthese_depistage_vih_volet_2_vfv_2009-10-21_16-48-3_460.pdf

45. Supervie, V., Marty, L., Lacombe, J. M., Dray-Spira, R., Costagliola, D., & FHDH-ANRS CO4 study group. Looking beyond the cascade of HIV care to end the AIDS epidemic : estimation of the time interval from HIV infection to viral suppression. JAIDS. 2016. (Consulté le 13 juin 2019). Disponible sur internet : https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjfvbA4ubiAhWQ4YUKHbfhCeYQFjAAegQIAhAC&url=http%3A%2F%2Fprogramme.aids2016.org%2FPAGMaterial%2FPPT%2F3894_5102%2FLiseMarty.pptx&usg=AOvVaw3xTPHYMN6CKqTDKmFOZF70
46. ANSM. Truvada dans la prophylaxie Pré-exposition (PrEP) au VIH : fin de la Recommandation Temporaire d'Utilisation. Février 2017. (Consulté le 13 juin 2019). Disponible sur internet : <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Truvada-dans-la-prophylaxie-Pre-exposition-PrEP-au-VIH-fin-de-la-Recommandation-Temporaire-d-Utilisation-Point-d-information>
47. Collège National des Généralistes Enseignants. Dépistage du VIH en médecine générale : multiplier les propositions de test et privilégier l'entretien orienté. Janvier 2012. (Consulté le 13 juin 2019). Disponible sur internet : https://www.cnge.fr/conseil_scientifique/productions_du_conseil_scientifique/depistage_du_vih_en_medecine_generale_multiplier_l/
48. d'Almeida KW, Kierzek K, de Truchis P et al. Modest public health impact of nontargeted human immunodeficiency virus screening in 29 emergency departments. Arch Intern Med 2012 ;172:12-20
49. Pialoux et al. Poster JNI 2011. Attitudes et pratiques des médecins généralistes face au Plan National Sida/IST 2010-2014.
50. Circulaire n°2018-111 du 12 septembre 2018 relative à l'éducation à la sexualité. Bulletin Officiel du Ministère de l'Education nationale. 2018. (Consulté le 14 juin 2019). Disponible sur internet : https://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=133890
51. Aubin C., Jourdain-Menninger D., Chambaud L. Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des IVG suite à la loi du 4 juillet 2001 : rapport de synthèse. Paris : IGAS ; 2009. 93 p. (Consulté le 14 juin 2019). Disponible sur internet : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000047.pdf>

52. Bousquet D., Laurant F., Collet M. Rapport relatif à l'éducation à la sexualité. HCE ; 2016. 8p. (Consulté le 14 juin 2019). Disponible sur internet : http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_rapport_sur_l_education_a_la_sexualite_synthese_et_fiches_pratiques.pdf
53. Circulaire n°2006-204 du 11 décembre 2018 relative à l'éducation à la sexualité. Bulletin Officiel du Ministère de l'Education nationale. 2006. (Consulté le 23 juin 2019). Disponible sur internet : <https://www.education.gouv.fr/bo/2006/46/MENE0603070C.htm>
54. UNESCO. Good policy and practice in HIV and health education. Education Sector Responses to Homophobic Bullying. Booklet 8. 2012. (Consulté le 23 juin 2019). Disponible sur internet : https://www.ilga-europe.org/sites/default/files/the_good_policy_and_practice_in_hiv_and_health_education_1.pdf
55. Dyer K., Nair Das R. Why don't healthcare professionals talk about sex? A systematic review of recent qualitative studies conducted in the United Kingdom. J Sex Med. 2013;10(11):2658—70.
56. Zeler A., Troadec C., Ressenti des patients lorsque la sexualité est abordée par un médecin généraliste : étude qualitative sur 96 patients adultes du Languedoc-Roussillon, France. Sexologie. 2017, vol. 26,p.136-145. (Consulté le 18 mars 2018). Disponible sur internet : https://ac-els-cdn-com.docelec.u-bordeaux.fr/S1158136017300166/1-s2.0-S1158136017300166-main.pdf?tid=629e6ab9-4ee0-4c4c-889d-6f967789b83d&acdnat=1521369393_ef6f171aa767b3b6804749c9fe3f3ea2
57. Grandmottet G. Enquête de l'impact de la formation des médecins en France, sur leur perception de la sexualité des patients, et leur capacité à répondre à une demande concernant un trouble sexuel. Mémoire de DIU de sexologie. Lyon : Université Lyon 1, 2015
58. Geffroy L. Campagne de prévention VIH/SIDA et régulation publicitaire, les enseignements d'une controverse. Les tribunes de la santé. 2014;n°45:p.57-62. (Consulté le 15 juin 2019). Disponible sur internet : <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2014-4-page-57.htm#>

59. Lydié N., Machet V., Bessarion C., Ardvison P., Bluzat L. Campagne sur la prévention diversifiée auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes réalisée en France métropolitaine en 2016 : description d'une démarche innovante et éléments de bilan. Bull Epidémiol Hebd. 2017 ; 9-10 : 617-622. (Consulté le 5 octobre 2018) Disponible sur internet : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/29-30/pdf/2017_29-30_4.pdf
60. Bindley D., Dumas P. La génération C : comprendre et s'adapter aux jeunes technophiles. Direction informatique. 2009. (Consulté le 24 juin 2019). Disponible sur internet : <https://www.directioninformatique.com/la-generation-c-comprendre-et-sadapter-aux-jeunes-technophiles/10117>
61. Rudelic-Fernandez D. L'impact de la prévention sur la précocité sexuelle. Transcriptases. 1996;49(552). (Consulté le 22 juillet 2019). Disponible sur internet : http://www.pistes.fr/transcriptases/49_552.htm
62. Capaldi D. M., Stoolmiller M., Clark S, Owen L.D. Heterosexual risk behaviors in at-risk young men from early adolescence to young adulthood: Prevalence, prediction, and association with STD contraction. Developmental Psychology. 2002 ; 38(3), 394-406.
63. Jedrzejewski T. Egale-MG. Etat des lieux des difficultés rencontrées par les homosexuels face à leurs spécificités de santé médecine générale en France. Réflexions sur le contexte et les données actuelles, l'histoire et les subjectivités gays et lesbiennes. Paris, France : Université Paris Diderot ; 2016. (Consulté le 27 juillet 2019). Disponible sur : http://www.bichat-larib.com/publications.documents/5210_JEDRZEJEWSKI_these.pdf
64. AIDS. #PREP4LOVE. La première campagne nationale d'information et de promotion de la PrEP. 2018. (Consulté le 27 juillet 2019). Disponible sur : <https://www.aides.org/communiqu%C3%A9/aides-lance-prep-4-love-la-premiere-campagne-nationale-dinformation-et-de-promotion-de>
65. Agence nationale de lutte contre l'illettrisme. Prévention et lutte contre l'illettrisme à la Réunion. 2007. (Consulté le 27 juillet 2019). Disponible sur : http://administration.reunion.gouv.fr/IMG/pdf/PPT-presentation_cle4a5e27.pdf
66. Roncier C. VIH : L'insuffisant recours au dépistage. VIH.org. 2018. (Consulté le 27 juillet 2019). Disponible sur : <https://vih.org/dossier/le-vih-sida-en-france-en-2018/>

VIII. Annexes

Annexe 1 : Questionnaire proposé aux PVVIH suivis dans le service d'immunologie du CHU Félix Guyon.

N° de QUESTIONNAIRE : _____

DATE : _____

ENQUÊTE D'OPINION SUR LA PRÉVENTION PRIMAIRE DE L'INFECTION AU VIH

Bonjour, je m'appelle Eugénie FRAGU, je suis interne de médecine générale et réalise ma thèse en vue de l'obtention du doctorat de médecine.

Cette enquête a pour but de décrire l'opinion des personnes vivant avec le VIH sur la prévention primaire actuelle de l'infection au VIH. Votre participation à cette enquête est importante car elle nous permettra d'obtenir des pistes pour pouvoir adapter au mieux et améliorer les futures actions et programmes de prévention à la Réunion.

La prévention primaire de l'infection au VIH regroupe l'ensemble des actions visant à promouvoir des outils de prévention empêchant de nouvelles contaminations (informations, invitation au dépistage, éducation sexuelle...).

Ce questionnaire est strictement anonyme. Il est conforme à la loi relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements donnés à caractère personnel. Le temps nécessaire pour répondre à ce questionnaire est de 20 minutes. Il contient des questions sur votre état de santé, les circonstances de votre infection, de son dépistage, et sur votre opinion concernant la prévention primaire actuelle.

INFORMATIONS VOUS CONCERNANT

1/ Vous êtes :

- un homme
- une femme
- « autre », préciser :

2/ Quel est votre âge :

3/ Quel est votre niveau d'études ?

- Sans diplôme
- BEPC ou équivalent
- CAP/BEP
- Baccalauréat/BTS
- 1er cycle universitaire
- 2e/3e cycle universitaire

4/ Vous êtes :

- actif travaillant
- chômeur
- étudiant/en formation
- femme/homme au foyer
- retraité
- autre, préciser :

5/ Quel est votre pays de naissance ?

- France métropolitaine
- Réunion
- Mayotte

- Madagascar
- Maurice
- autre, préciser :

MODE DE CONTAMINATION ET DÉPISTAGE

6/ Vous vous êtes infecté suite à (une seule réponse possible) :

- un rapport hétérosexuel
- un rapport homosexuel
- un accident d'exposition au sang, une transfusion
- l'utilisation de drogues injectables
- pendant la grossesse ou l'allaitement (lorsque vous étiez bébé)
- ne sais pas

7/ Comment avez-vous découvert votre infection (une seule réponse possible) ?

- sur votre initiative ou celle d'un médecin devant des symptômes pouvant être en lien avec l'infection
- sur votre initiative ou celle d'un médecin devant une suspicion de primo infection (suite à une prise de risque, ou à des symptômes évocateurs d'une primo infection)
- à l'occasion d'une sérologie à votre demande
- à l'occasion d'une sérologie à la demande de votre médecin
- à l'occasion d'une grossesse
- à l'occasion d'un don du sang
- lors d'une hospitalisation
- autre, préciser :

8/ Comment vous êtes-vous fait dépister (une seule réponse possible) ?

- dépistage classique en laboratoire de ville, suite à une consultation médicale
- dépistage anonyme et gratuit en centre de dépistage (CDAG)
- dépistage par une association via des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) (actions de dépistage dans des structures telles que : universités, centres de suivi de patients psychiatriques, prisons, associations, Bus de dépistage, etc.)
- autotests VIH (réalisé par vous-même, suite à un achat en pharmacie du test)
- autre, préciser :

9/ Quel était votre âge au moment de la découverte de votre infection :

AVANT LA DÉCOUVERTE DE VOTRE INFECTION

10/ Diriez-vous que votre prise de risque sexuel a été (une seule réponse possible) :

- permanente
- fréquente (dans plus de 20% de vos relations sexuelles, environ un rapport à risque sur cinq)
- occasionnelle (entre 20 et 5% de vos relations, soit entre un rapport sur cinq et un rapport sur vingt)
- exceptionnelle (dans moins de 5%, moins d'un rapport sur vingt)
- inexistante

11/ Vous sentiez-vous concerné par le VIH ?

- oui
- non
- autre, préciser :

12/ Diriez-vous qu'avant votre infection, vous avez été sensibilisé à la prévention du VIH de la façon suivante (une seule réponse possible) :

- très informé du risque
- informé, mais pas suffisamment
- trop peu informé
- pas informé du tout

13/ Quels types de prévention/information vous a le plus marqué (plusieurs réponses possibles) ?

- informations/ interventions scolaires
- interventions dans les clubs sportifs
- spot de prévention passant à la télévision ou à la radio
- réseaux sociaux
- internet
- documentation écrite (prospectus, affiches, « flyers »...)
- articles de journaux
- stand de prévention lors d'événements publics (festival, concert, marché, foire...)
- prévention par votre médecin généraliste
- interventions « ciblées » (populations homo, usager de drogues injectables)
- échanges entre amis
- autre, préciser :

14/ Lorsque vous avez eu accès à une information quel qu'en soit le mode, vous avez (une seule réponse possible) :

- rien écouté
- écouté d'une oreille distraite, sans retenir
- écouté dans un but de connaissance, sans vous sentir concerné
- écouté attentivement pour vous informer par rapport à votre vie sexuelle ou celle d'un de proche (votre enfant, ...)

15/ Qu'est ce qui, à votre avis, aurait pu retenir le plus votre attention lors d'une information sur le VIH (plusieurs réponses possibles) ?

- humour
- hyper réalisme (vision de malades graves, de situations très réalistes)
- mise en garde
- information détaillée
- témoignage d'une personne atteinte
- personnalisation du message à votre situation (jeune, homo/bisexuel, multi partenariat, libertin...)
- « appropriation » à l'île de la Réunion par le créole, les paysages réunionnais...

APRÈS LA DÉCOUVERTE DE L'INFECTION

16/ Vous souvenez-vous d'une action de prévention sur le VIH que vous pourriez citer ?

- oui
- non

17/ Si oui, que pensez-vous de l'impact de cette action (une seule réponse possible) ?

- très efficace
- efficaces
- peu efficace
- inutile

18/ Si oui à la question 16, s'agissait-il (une seule réponse possible) :

- d'une action médiatique (télévision, presse, radio, internet)
préciser :
- d'une intervention humaine
préciser :
- autre, préciser :

19/ Quels moyens de communication sont, pour vous, les plus efficaces (plusieurs réponses possibles) ?

- le support médiatique :

- télévision
- presse écrite
- radio
- réseaux sociaux
- internet
- applications sur smartphones
- autre, préciser :

- l'échange humain (avec des soignants, des associatifs)

- avec des soignants
- avec des patients séropositifs
- avec des bénévoles d'associations
- autre, préciser :

20/ Et, lequel de ces derniers vous sensibilise le plus (une seule réponse possible) ?

.....

21/ Quels lieux sont, selon vous, les plus appropriés pour que la prévention soit la plus optimale (plusieurs réponses possibles) ?

- à la maison (par les médias télévisuels et les smartphones)
- lors d'événements culturels (festival, marchés, concerts...)
- dans des lieux culturels (école, clubs sportifs...)
- autre, préciser :

22/ Dans quelles langues pensez-vous que les campagnes devraient être faites à la Réunion (plusieurs réponses possibles) ?

- français
- créole
- mélange de créole et de français
- malgache
- comorien
- autre, préciser :

23/ Avec votre vécu, quel serait pour vous le meilleur argument de prévention pour le VIH, si vous deviez conseiller pour une nouvelle campagne de prévention ?

.....

24/ Pensez-vous que la population générale soit suffisamment sensibilisée et ciblée par les campagnes de prévention actuelles ?

- oui
- non

25/ Pensez-vous que les populations à risque (hommes homosexuels, hommes hétérosexuels étrangers) soient suffisamment sensibilisées et ciblées par les campagnes de prévention actuelles ?

- oui
- non

26/ Avec votre expérience, quels conseils donneriez-vous pour améliorer la communication et la prévention auprès des populations à risque ?

.....

27/ Et quels conseils pourriez-vous donner pour améliorer la communication et la prévention auprès de la population générale ?

.....

28/ Avez-vous des propositions d'action de prévention qui vous semblerait utile et efficace ?

.....

29/ Pensez-vous que votre médecin traitant aurait pu vous sensibiliser davantage (une seule réponse possible) ?

- oui
- non, il m'avait déjà sensibilisé
- non, je ne fréquente pas trop mon médecin traitant

30/ Qu'est ce qui aurait pu faire que vous ne vous soyez pas infecté ?

.....

Étude de l'opinion des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) sur la prévention primaire du VIH, en particulier sur les campagnes de prévention médiatiques, à La Réunion

Introduction : Environ 37 millions de personnes vivent avec le VIH dans le monde. En France, 30 000 personnes ignoreraient leur séropositivité, et seraient responsables de 60% des nouvelles contaminations. Avec 40 nouvelles contaminations par an, la Réunion est également touchée par cette épidémie, mais reste l'île la plus préservée de la zone. L'objectif principal de cette étude était de recueillir l'opinion des patients séropositifs, suivis au CHU Félix Guyon (La Réunion), sur la prévention primaire actuelle contre le VIH, afin de contribuer à orienter et améliorer les futures campagnes de prévention à la Réunion.

Méthode : Il s'agissait d'une enquête d'opinion, descriptive et transversale, sous forme d'auto-questionnaires, réalisée durant trois mois, en 2018.

Résultats : 110 patients ont participé à cette étude. Les modes de communications les plus efficaces étaient les interventions télévisées pour la population générale (82,73%), les interventions sur internet et les réseaux sociaux (60%, majoritairement pour la population homosexuelle) et les interventions humaines (67,27% par des soignants, 53,64% par des PVVIH). 70% des patients trouvaient que les lieux culturels étaient les plus appropriés pour une prévention contre le VIH. 60,91 % des patients pensaient que la population générale n'était pas suffisamment sensibilisée. Un tiers des patients auraient voulu être davantage sensibilisé par leur médecin traitant.

Discussion : Cette étude de l'opinion des PVVIH à la Réunion sur les campagnes de prévention actuelles contre le VIH expose les principaux supports de communications considérés comme les plus efficaces par les patients séropositifs réunionnais, et leurs propositions d'améliorations des futures actions de prévention. Ces résultats sont autant de pistes pour une meilleure adaptation des campagnes de prévention contre le VIH à la Réunion.

Discipline : Médecine Générale

Mots-clefs : Prévention primaire du VIH, patients vivants avec le VIH, Réunion, Médecine générale, Médecine préventive

Study of the opinion of people living with HIV (PLHIV) on primary prevention of HIV, in particular on media prevention campaigns, in Reunion Island

Introduction: Around 37 million people are living with HIV worldwide. In France, 30 000 people may be unaware of their HIV status, and could be responsible for 60% of new infections. With 40 new contaminations a year, Reunion is also affected by this epidemic, but remains the most preserved island of the zone. The main objective of this study was to gather the opinion of HIV-positive patients, followed at the Félix Guyon University Hospital (Reunion), on the current primary prevention against HIV, in order to help guide and improve future prevention campaigns at the same time, in Reunion.

Method: It was an opinion poll, descriptive and cross-sectional, in the form of self-administered questionnaires, conducted for three months, in 2018.

Results: 110 patients participated in this study. The most effective modes of communication were television interventions for the general population (82.73%), interventions on the internet and social networks (60%, mostly for the homosexual population) and human interventions (67.27% by caregivers, 53.64% by PLWHA). 70% of patients found that cultural venues were the most appropriate for an HIV prevention campaign. 60.91% of patients thought that the general population was not sufficiently aware. One third of the patients would have liked to have been made more aware by their doctor.

Discussion: This study of the opinion of PLHIV in Reunion on current HIV prevention campaigns outlines the main communication supports considered as the most effective by HIV positive patients of Reunion, and their proposals for improvement of future prevention actions. These results indicate ways to better adapt HIV prevention campaigns in Reunion.

Discipline : General Medicine

Keywords : Primary prevention of HIV, people living with HIV, Reunion Island, general medicine, preventive medicine
