

Quelle place des CDAG dans une nouvelle stratégie de dépistage du VIH ?

Les CDAG constituent un outil original dans la lutte contre la transmission du VIH. Elles ont été conçues à la fin des années 1980 pour favoriser l'accès au dépistage et participer à la politique de prévention en aidant les consultants à définir une stratégie personnelle vis-à-vis du VIH/sida, au travers du *counseling* qui accompagne le test.

La question d'une refonte de la stratégie de dépistage du VIH se pose aujourd'hui en France. Elle est alimentée par le constat de dépistages réalisés trop tardivement par certaines populations [8,9] et par les mutations proposées aux États-Unis et dans les pays du Sud [10] - incluant un test proposé de façon plus routinière et l'utilisation des tests rapides.

Il convient, tout d'abord, de relativiser la place des CDAG dans ce paysage à recomposer dans la mesure où elles représentent moins de 10 % de l'activité globale de dépistage en France. Mais c'est parce qu'elles sont clairement identifiées et emblématiques de la politique de prévention mise en place aux premières années du sida que leur place et leur efficacité sont questionnées par les tenants d'un changement dans la politique de dépistage [11]. Pour autant, on peut se demander si le changement de paradigme du dépistage en France nécessite d'opposer les particularités du modèle de « *voluntary counselling and testing* » - celui des CDAG - à un modèle plus banalisé du dépistage VIH comme préconisé par les États-Unis. Il est plus vraisemblable qu'une stratégie de dépistage élargi et moins encadré devra être associée au maintien d'un dispositif spécialisé ciblant les personnes à risque et les plus vulnérables, et offrant une opportunité de test anonyme [12].

Cela n'empêche pas des améliorations ou des innovations au niveau des CDAG. Comme par exemple la délégation du *counseling* à des acteurs de

prévention non médecins. L'utilisation effective et optimale du *counseling* est en effet compromise par le manque de personnel médical, donc de temps à y consacrer dans les consultations.

En ce qui concerne les tests rapides qui rendent le résultat disponible en quelques dizaines de minutes, une utilisation en CDAG pourrait améliorer le taux de remise des résultats. Cependant, on observe que ce taux est déjà, en moyenne du moins, relativement élevé avec les tests classiques. Ceci indique que l'on ne peut pas attendre une amélioration spectaculaire de l'accès au statut sérologique de la population qui recourt déjà aux CDAG par l'utilisation de ces tests rapides. Le second intérêt d'une utilisation des tests rapides dans le cadre des CDAG, serait qu'ils favorisent la venue de personnes pour qui le délai d'attente (classiquement d'une semaine) représente un frein pour venir se faire tester. Plus certainement, ces tests simples d'utilisation offriront une opportunité de toucher des populations particulièrement à risque (homosexuels, populations précaires) hors des sites de dépistage conventionnels (locaux d'associations ou dispositifs mobiles).

Conclusion

Malgré la forte fréquentation de jeunes, souvent à faible risque d'infection, la proportion de dépistages positifs demeure élevée en CDAG. Les CDAG continuent d'assurer les deux volets de leur mission : permettre d'inclure le dépistage dans une stratégie de prévention notamment en direction des jeunes et dépister parmi les populations les plus susceptibles d'être infectées. Leur activité et leur couverture territoriale sont cohérentes avec la problématique particulière de l'infection à VIH/sida dans les DFA et en Ile-de-France. En revanche, leurs antennes en prison ne rendent pas compte du dépistage du VIH en milieu carcéral et une surveillance épidémiologique de l'activité de dépistage en prison doit être développée plus globalement.

Remerciements

Nous remercions les personnels des CDAG participant à la surveillance et Mireille Allemand pour son aide précieuse dans la collecte des données.

Références

- [1] Le Vu S, Semaille C. Dépistage anonyme et gratuit du VIH. Profil des consultants des CDAG en 2004. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2006. http://www.invs.sante.fr/publications/2006/cdag_nov_2006/cdag_nov2006.pdf [Dernière consultation le 3-12-2007].
- [2] Institut de veille sanitaire. Surveillance de l'infection à VIH/sida en France, 2006. Bull Epidemiol Hebd. 2007; 46-47: 386-93.
- [3] Halfen S. Recours au dépistage du VIH dans la population générale adulte des Antilles et de la Guyane en 2004 et comparaison avec la population vivant en métropole. Bull Epidemiol Hebd. 2008; (7-8):55-8.
- [4] Le Vu S, Lot F, Semaille C. Les migrants africains au sein du dépistage anonyme du VIH, 2004. Bull Epidemiol Hebd. 2005; 46-47:233-5.
- [5] L'organisation des soins aux détenus. Paris: Inspection générale des affaires sociales - Inspection générale des services judiciaires, 2001. <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/024000176/0000.pdf> [Dernière consultation le 30-11-2007].
- [6] Feuillerat Y. Enquête « un jour donné » sur les personnes détenues atteintes par le VIH et le VHC en milieu pénitentiaire. Paris: Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins; 2004. http://164.131.244.17/html/dossiers/vih_prison/analyse.htm [Dernière consultation le 3-12-2007].
- [7] Barbier C. VIH/IST/Hépatites en milieu carcéral en Ile-de-France. Paris: Direction régionale des affaires sanitaires et sociales; 2007. http://ile-de-france.sante.gouv.fr/img/pdf/Etat_des_lieux_carceral_definitifseptembre2007_-_Version_compressée_.pdf [Dernière consultation le 3-12-2007].
- [8] Calvez M, Semaille C, Fierro F, Laporte A. Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne en accès tardif aux soins pour le VIH: données de l'enquête Retard, France, novembre 2003-août 2004. Bull Epidemiol Hebd. 2006; 31:227-9.
- [9] Delpierre C, Cuzin L, Lert F. Routine testing to reduce late HIV diagnosis in France. BMJ. 2007; 334(7608):1354-6.
- [10] Le Vu S. Le dépistage sauf avis contraire. Transcriptases 2007; 131:3-6. Consultable sur: <http://www.pistes.fr/transcriptases/>
- [11] Conseil national du sida. Rapport sur l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France. Paris: Conseil national du sida, 2006. http://www.cns.sante.fr/html/avis/rapports_pdf/06_11_16_depistage.pdf [Dernière consultation le 3-12-2007].
- [12] Holtgrave DR. Costs and consequences of the US Centers for Disease Control and Prevention's recommendations for opt-out HIV testing. PLoS Med. 2007; 4(6):e194.

Pratiques de dépistage du VIH chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne en Île-de-France, 2005

Stéphane Le Vu (s.levu@invs.sante.fr)¹, Nathalie Lydié²

1 / Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France 2 / Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Saint-Denis, France

Résumé / Abstract

Dans le cadre de l'enquête sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida réalisée en 2005 par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), 1 874 personnes originaires d'Afrique subsaharienne et résidant en Île-de-France ont été interrogées dans des lieux publics sur le dépistage du VIH.

Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne déclaraient à 64,9 % avoir déjà été testées au cours de la vie et 34,2 % déclaraient avoir été testées plusieurs fois.

Le dépistage était plus courant parmi les personnes de nationalité française ou les étrangers en situation stable. Comparé à la population générale, le dernier dépistage avait plus fréquemment été réalisé à l'hôpital (30,4 %), et avait été plus souvent (61,2 %) initié par un médecin lors d'un bilan de santé ou dans le cadre d'un protocole de dépistage (examen prénatal ou

HIV testing among individuals originating from sub-Saharan Africa in the Paris area, France, 2005

A study on the knowledge, attitudes, beliefs and behaviours towards HIV/AIDS was carried out in 2005 by the National Institute for Prevention and Health Education (INPES) among people originating from sub-Saharan African and residing in the Paris area. It provides an insight into HIV testing behaviour in this population. A total of 1,874 participants were recruited at street locations, and interviewed using structured questionnaires.

Prior HIV testing was reported by 64.9% of all participants, and 34.2% reported at least two prior tests. Testing was more frequent among French nationals and foreigners whose immigration status was stable. Compared to the general population in France, the latest test was more often (30.4%) performed in a

prénuptial). Très peu de tests avaient été réalisés suite à une prise de risque. Finalement, les populations originaires d'Afrique subsaharienne ont un niveau de recours au test relativement élevé, et ce malgré les freins que représente une situation administrative précaire.

hospital setting (30.4%); and was was more likely (61.2%) to have been initiated by a physician as part of a medical check-up or a prenatal screening. Very few tests had been sought following a risk-taking situation. While the deterrent effect of precarious and temporary immigration status on HIV testing must be acknowledged, the level of access to HIV screening for populations originating from sub-Saharan Africa seems to be relatively high in France.

Mots clés / Key words

VIH-sida, dépistage, migrants Afrique subsaharienne / HIV/AIDS, testing, sub-Saharan migrants

Introduction

La question du dépistage du VIH des populations originaires d'Afrique subsaharienne vivant en France a été posée, en terme épidémiologique, au milieu des années 1990. L'enquête Prevagest, enquête de séroprévalence chez les femmes enceintes, révélait alors que les femmes nées en Afrique subsaharienne étaient quatre à cinq fois plus contaminées que les autres [1]. En 2002, au moment où le plus grand nombre de cas de sida était retrouvé parmi des personnes de nationalité d'Afrique subsaharienne, on constatait que la part des personnes ignorant leur séropositivité au moment du diagnostic de sida s'élevait à 70 %, révélant un déficit ou un retard dans le dépistage [2]. A partir de ces constats épidémiologiques, des actions spécifiques d'incitation au dépistage à destination des étrangers, notamment d'Afrique subsaharienne, ont été menées depuis 2002 [3]. Cet article décrit les pratiques de dépistage du VIH, ainsi que les facteurs qui y sont associés, chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne vivant en Île-de-France en 2005.

Population et méthodes

En 2005, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) a réalisé une enquête sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements face aux VIH/sida des populations originaires d'Afrique subsaharienne. La méthodologie est décrite de façon détaillée dans le rapport d'enquête [4]. Cette enquête a été conduite durant un mois dans cinquante communes d'Île-de-France tirées au sort, en lieux ouverts, à partir de sites d'enquêtes fixes (gare RER, métro, marché, bureau de poste, centre commercial). Pour être éligible, une personne devait : 1. être née dans un pays d'Afrique subsaharienne, 2. être âgée de 18 à 49 ans, 3. résider habituellement en Île-de-France. Le questionnaire a été administré en face à face et en français par des enquêteurs tous eux-mêmes originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne. La comparaison de l'échantillon aux données de recensement 2004-2005 montre une population en moyenne plus jeune et plus éduquée que la population originaire d'Afrique subsaharienne vivant en Île-de-France, mais en revanche une répartition similaire par sexe et par région de naissance. Les données relatives aux personnes originaires d'Afrique subsaharienne ont pu être mises en perspective avec celles de la population de 18 à 49 ans interrogée en 2004 dans les enquêtes KABP en métropole [5] et dans les départements français d'Amérique (DFA) [6]. Pour l'analyse statistique, le test du Chi2 a été utilisé pour comparer les pourcentages, et une modélisation par régression logistique a permis d'identifier les facteurs associés

à la réalisation du dépistage du VIH d'une part chez les hommes, d'autre part chez les femmes.

Résultats

Description de la population

Un total de 1 874 personnes (901 hommes et 973 femmes) a été interrogé. L'âge moyen des répondants était de 30,2 ans. Près de 6 sur 10 (59,3 %) sont nés dans un pays d'Afrique de l'Ouest, et 23,1 % avaient acquis la nationalité française (tableau 1). La majorité des répondants (53,3 %) a déclaré avoir réalisé au moins une année d'études après le baccalauréat. Ils étaient 47,5 % à déclarer une activité professionnelle et 21,1 % se sont dits sans emploi. Au moment de l'enquête, 35,7 % étaient mariés, 31,8 % en cou-

ple non marié et 32,5 % étaient célibataires. Enfin, 4,4 % déclaraient n'avoir ni couverture sociale ni mutuelle complémentaire et 11,5 % des 1 432 personnes de nationalité étrangère n'avaient pas de titre de séjour.

Antécédents de dépistage VIH et facteurs associés

Près des deux tiers des répondants (64,9 %) ont déclaré avoir déjà réalisé un test de dépistage du VIH au cours de la vie, sans différence entre les hommes et les femmes ; 34,2 % avaient été testés plusieurs fois. En analyse multivariée, les variables indépendamment associées à la réalisation d'au moins un test de dépistage VIH au cours de la vie peuvent être regroupées en :

Tableau 1 Caractéristiques sociodémographiques des personnes interrogées en Ile-de-France, 2005
Table 1 Sociodemographic characteristics of respondents in the Paris area, 2005

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Âge						
18-29 ans	424	47,0	533	54,8	957	51,1
30-39 ans	325	36,1	301	30,9	626	33,4
40-49 ans	152	16,9	139	14,3	291	15,5
Région de naissance						
Afrique de l'Ouest	542	60,1	570	58,6	1 112	59,3
Afrique centrale	299	33,2	347	35,7	646	34,5
Afrique de l'Est, australe	60	6,7	56	5,8	116	6,2
Année d'arrivée en France						
Avant 1990	198	22,2	255	26,6	453	24,5
Entre 1990 et 1999	309	34,7	334	34,8	643	34,8
Depuis 2000	383	43,0	371	38,6	754	40,8
Raison de la venue en France						
Regroupement familial	169	18,8	416	43,1	585	31,4
Études	349	38,8	344	35,6	693	37,2
Travail	246	27,4	105	10,9	351	18,8
Autres (raisons politiques, médicales, etc.)	135	15,0	101	10,5	236	12,7
Niveau d'études						
Jamais scolarisé/primaire	74	8,3	80	8,3	154	8,3
Études secondaires	310	34,7	404	41,8	714	38,4
Études supérieures	508	57,0	482	49,9	990	53,3
Situation professionnelle						
Exerce une activité professionnelle	472	52,7	415	42,8	887	47,5
Sans emploi	205	22,9	188	19,4	393	21,1
Étudiants	196	21,9	268	27,6	464	24,9
Autres inactifs	23	2,6	99	10,2	122	6,5
Statut matrimonial						
Célibataire	315	35,0	354	36,4	669	35,7
En couple	295	32,7	301	30,9	596	31,8
Marié	291	32,3	318	32,7	609	32,5
Protection sociale						
Sécurité sociale + mutuelle	511	56,7	617	63,4	1 128	60,2
Sécurité sociale seule	337	37,4	327	33,6	664	35,4
Ni sécurité sociale ni mutuelle	53	5,9	29	3,0	82	4,4
Situation administrative						
Nationalité française	155	17,4	274	28,3	429	23,1
Carte de résident	324	36,3	307	31,7	631	33,9
Carte de séjour temporaire	258	28,9	292	30,1	550	29,6
Autres situations	155	17,4	96	9,9	251	13,5

Facteurs sociodémographiques

Indépendamment de l'âge dont le modèle confirme le rôle discriminant dans le recours au dépistage, la nationalité française ou une situation administrative stable pour les étrangers sont des situations associées à la réalisation d'un test, en particulier chez les femmes (tableau 2). En confondant les deux sexes, les personnes sans titre de séjour ou celles détentrices d'une carte de séjour temporaire ont moins de chance d'être testées que les personnes de nationalité française (respectivement, ORa : 0,5 ; [IC 95 %:0,3-0,7] et ORa : 0,6 ; [IC 95 %: 0,4-0,8]).

Facteurs comportementaux

Parmi les personnes ayant déclaré avoir déjà craint d'être contaminées par le VIH, 79,9 % ont réalisé un test au cours de leur vie contre 53,3 % pour celles n'ayant pas eu cette crainte ($p < 0,001$). L'effet est particulièrement marqué chez les femmes (ORa : 4,6 ; [IC 95 %:3,1-6,8]). La prise en compte de la situation matrimoniale montre que seuls 44,3 % des célibataires ont déjà été testés. Si le fait d'être en couple cohabitant augmente les chances d'avoir été testé chez les hommes (82,5 % vs 62,8 % pour les hommes en couple non cohabitant, $p < 0,001$), la relation n'est pas mise en évidence chez les femmes. Celles-ci ont été testées de façon équivalente à partir du moment où elles vivent en couple. Enfin, le fait d'avoir eu plusieurs

partenaires dans l'année est associé à la réalisation d'un test de dépistage, notamment chez les hommes ; chez les femmes, la relation est juste proche de la significativité (tableau 2).

Facteurs de proximité avec la maladie

Les femmes originaires d'un pays où la prévalence est supérieure à 5 % sont plus nombreuses que les autres à avoir déjà réalisé un test de dépistage (76,6 % vs 57,7 %, $p < 0,001$). C'est également le cas des hommes et des femmes qui connaissent une personne séropositive.

Facteurs socio-éducatifs

Chez les hommes, un niveau d'études supérieur au baccalauréat est associé au fait d'avoir été testé (70,0 % vs 56,1 % pour ceux déclarant un niveau d'études inférieur, $p < 0,001$).

Motifs et circonstances du dernier test

Pour les hommes, le principal motif de test de dépistage déclaré est le bilan de santé (29,8 %), c'est-à-dire un test demandé par un médecin dans le cadre d'un examen pouvant explorer d'autres pathologies (tableau 3). Cette catégorie ne comprend pas le recours au test à la suite de symptômes ou pour une maladie, notamment une infection sexuellement transmissible (3,8 % des femmes et 5,9 % des hommes). Le deuxième motif (29,4 %) est « pour savoir » (*assurer son statut, pour voir, pour*

connaître son état de santé). Chez les femmes, le dépistage se fait d'abord dans le cadre de la grossesse (37,1 %) puis d'un bilan de santé (21,6 %). Les situations d'exposition sont des motifs globalement peu cités (4,9 % des femmes et 5,3 % des hommes). Plus précisément, si l'on tient compte du nombre de partenaires sexuels au cours des douze mois qui ont précédé l'enquête, on mesure que les femmes multipartenaires sont beaucoup plus nombreuses que les hommes à déclarer s'être fait tester à la suite d'une situation d'exposition (20,3 % vs 6,3 %, $p < 0,001$).

Tableau 3 Motifs du dernier test de dépistage selon le sexe, Ile-de-France, 2005
Table 3 Reasons for last HIV screening test according to sex, Paris area, 2005

	Femmes n=631	Hommes n=564	Total n=1 195	n
	%	%	%	
Bilan de santé	21,6	29,8	25,4	304
Pour savoir	15,1	29,4	21,8	261
Dépistage anténatal	37,1	3,4	21,2	253
Dépistage prénuptial	5,4	8,7	6,9	83
Situation d'exposition	4,9	5,3	5,1	61
Symptômes ou maladie	3,8	5,9	4,8	57
Prévention de couple	1,9	6,2	3,9	47
Arrivée ou retour d'Afrique	2,5	3,5	3,0	36
Doute sur statut du partenaire	4,1	0,9	2,6	31
Demande du partenaire	1,3	3,4	2,3	27
Dans le cadre professionnel	1,7	2,0	1,8	22
Don de sang	0,6	1,6	1,3	13

Lieu du dernier test

La moitié (49,7 %) des répondants ayant effectué au moins un test de dépistage au cours de leur vie ont réalisé leur dernier test dans un laboratoire d'analyse biologique et médicale (LABM). Le second site de dépistage le plus cité est l'hôpital (30,4 %), sans différence entre les hommes et les femmes. Les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) ou de protection maternelle et infantile (PMI) sont des sites de dépistage davantage cités par les femmes que par les hommes (6,3 % vs 1,4 %, $p < 0,001$). À l'inverse, les hommes fréquentent davantage les Centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) que les femmes (9,6 % contre 3,8 %, $p < 0,001$). Enfin, 7,1 % des répondants avaient effectué leur dernier test de dépistage en Afrique, plus souvent des hommes que des femmes (8,7 % vs 5,7 %, $p = 0,04$).

Discussion

Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne déclarent un fort niveau de recours au test au cours de la vie (64,9 %), supérieur à celui de la population interrogée en métropole (53,9 %) [5] et dans les DFA (61,5 %) [6]. La différence est plus accentuée pour les hommes (63,9 % contre 46,1 % en métropole et 54,8 % dans les DFA). Ce résultat va à l'encontre de l'hypothèse souvent avancée selon laquelle les populations d'Afrique subsaharienne

Tableau 2 Facteurs associés à la réalisation d'un test de dépistage au cours de la vie, par sexe - modèle de régression logistique, Ile-de-France, 2005 / *Table 2* Correlates of lifetime HIV testing according to sex - logistic regression model, Paris area, 2005

	Hommes (n = 868)				Femmes (n = 959)			
	n	% ¹	ORa ²	IC 95 % ³	n	%	ORa	IC 95 %
Âge								
18-29 ans	411	49,6	1,0	-	527	52,0	1,0	-
30-39 ans	311	76,8	2,8***	[1,9-4,1]	294	83,7	3,1***	[2,0-4,7]
40-49 ans	146	77,4	2,3**	[1,4-3,8]	138	80,4	2,2**	[1,3-3,8]
Situation matrimoniale								
En couple non cohabitant	293	62,8	1,0	-	277	75,5	1,0	-
En couple cohabitant	285	82,5	2,1***	[1,3-3,2]	362	79,3	1,0	[0,7-1,6]
Non en couple	290	47,2	0,7*	[0,5-0,9]	320	42,2	0,3***	[0,2-0,4]
A déjà craint d'être contaminé								
Non	490	55,5	1,0	-	585	52,3	1,0	-
Oui	378	75,1	2,0***	[1,5-2,8]	374	86,9	4,6***	[3,1-6,8]
Niveau d'études								
Inférieur au baccalauréat	371	56,1	1,0	-	478	63,2	1,0	-
Supérieur au baccalauréat	497	70,0	2,0***	[1,5-2,9]	481	68,4	1,3	[0,9-1,8]
Prévalence VIH dans le pays d'origine								
< 3 %	386	57,5	1,0	-	366	53,8	1,0	-
De 3 % à 5 %	181	69,1	1,3	[0,9-2,0]	179	65,4	1,5	[0,9-2,3]
> 5 %	301	69,4	1,2	[0,8-1,7]	414	76,6	2,5***	[1,7-3,6]
Connaissance d'une personne séropositive								
Non	656	59,9	1,0	-	692	61,0	1,0	-
Oui	212	76,9	1,5*	[1,0-2,3]	267	78,3	1,6*	[1,1-2,4]
Situation administrative								
Nationalité française	149	71,1	1,0	-	272	72,8	1,0	-
Carte de résident	320	67,5	0,8	[0,5-1,3]	303	75,6	0,7	[0,5-1,2]
Carte de séjour temporaire	250	59,2	0,8	[0,5-1,3]	289	50,5	0,4***	[0,3-0,7]
Autorisation provisoire ou sans titre	149	57,7	0,6	[0,4-1,1]	95	61,1	0,3***	[0,2-0,6]
Plusieurs partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois								
Non	764	62,0	1,0	-	917	65,1	1,0	-
Oui	104	78,8	2,0*	[1,2-3,4]	042	81,0	2,0	[0,8-5,0]

* $p < 5$ % ** $p < 1$ % *** $p < 1$ %

¹ Proportion de réalisation d'un test de dépistage VIH au cours de la vie

² Odds-ratio ajusté

³ Intervalle de confiance à 95 %

recourraient moins souvent au dépistage du VIH que les autres. Il est corroboré par l'analyse des caractéristiques des participants aux actions d'incitation au dépistage coordonnées par l'association Aides en Île-de-France. Celle-ci montrait en 2005 un niveau de recours au dépistage ainsi qu'une fréquence des tests au cours des deux dernières années supérieurs parmi les 454 personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne interrogées (59 % étaient testées contre 45 % des 2 689 autres participants - analyse InVS, non publiée). Par ailleurs, dans la description des consultants de CDAG en 2004, les personnes originaires d'Afrique subsaharienne fréquentant ces consultations recourraient plus fréquemment aux tests de dépistage que les autres [7]. Le recours au test de dépistage semble donc bien effectif parmi cette population. Ainsi, il est probable, comme l'a montré l'enquête Vespa, que le retard au dépistage qui peut être constaté chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne atteintes par le VIH doit plus à l'ancienneté de l'infection au moment de l'immigration qu'à l'absence de dépistage en France [8]. Cette enquête met en évidence un certain nombre de facteurs classiquement associés au recours au test, comme l'âge entre 30 et 39 ans, la proximité avec la maladie et l'activité sexuelle. Mais elle révèle également que les statuts d'immigration les plus précaires semblent être des freins pour le recours au test. Est-ce parce que le fait d'être étranger limite l'accès aux structures de dépistage ou est-ce parce que l'intention de faire un test ne représente pas une priorité dans un environnement social dégradé ?

Plus de 60 % des derniers tests se sont déroulés dans des circonstances médicales, dont les protocoles de dépistage. Si l'on compare les motifs cités parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne avec ceux des enquêtes en population générale, on constate qu'ils se rapprochent des

circonstances citées aux Antilles et en Guyane [9] et sont plus éloignés de ceux retrouvés en métropole [5]. En effet, pour les populations originaires d'Afrique subsaharienne, le bilan de santé apparaît comme une circonstance de dépistage prépondérante : 29,8 % des hommes et 21,6 % des femmes avaient réalisé leur dernier test dans cette circonstance. À l'inverse, la réalisation d'un test de dépistage suite à une prise de risque est très peu citée par les répondants originaires d'Afrique subsaharienne (5,3 % des hommes et 4,9 % des femmes) par rapport à la population de métropole (respectivement 37,9 % et 27,8 %) ou des DFA (36,8 % et 23,9 %).

Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne fréquentent sensiblement les mêmes sites de dépistage que la population générale interrogée par les autres enquêtes KABP. Ainsi le recours aux CDAG est du même niveau que ce qui a été mesuré en population générale [5]. L'hôpital occupe cependant une place plus importante : 30,4 % des personnes originaires d'Afrique subsaharienne ont fait leur dernier test à l'hôpital contre 19,0 % de celles interrogées en métropole et 14,2 % dans les DFA.

Conclusion

Finalement, les populations originaires d'Afrique subsaharienne déclarent un niveau de recours au test relativement élevé, et ce malgré les freins que représente une situation administrative précaire. La place de l'hôpital et celle de l'initiative médicale (bilan et protocole de dépistage) dans la réalisation des tests rappellent le rôle central des professionnels de santé sur cette question. Le test VIH de « routine » dans le cadre général du système de soins, dont l'Organisation mondiale de la santé fait la promotion [10], semble être également en France un moyen privilégié d'atteindre ces populations issues de pays à fort niveau de prévalence.

Références

- [1] Couturier E, Brossard Y, De Benoist AC, Six C, Larsen C, Henrion R, et al. Prévalence de l'infection VIH chez les femmes enceintes de la région parisienne. Une enquête anonyme non corrélée : PREVAGEST 1991-1993-1995-1997. Bull Epidemiol Hebd. 1998; (18):73-5.
- [2] Surveillance du VIH/sida en France. Rapport semestriel n° 1. Données sida au 30 septembre 2002. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2003. http://www.invs.sante.fr/publications/2003/vih_sida_n1/rapport_vih_sida_n1.pdf [Dernière consultation le 10-12-2007].
- [3] Des outils et une étude pour mieux aborder la prévention du sida auprès des personnes d'origine étrangère vivant en France. Communiqué de presse du 24 juin 2002. Saint-Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2002. <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/02/dp020625.pdf> [Dernière consultation le 10-12-2007].
- [4] Lydié N (dir.), Beltzer N, Fénies K, Halfen S, Lert F, Le Vu S. Les populations africaines d'Ile-de-France face au VIH/sida - Connaissances, attitudes, croyances et comportements. Saint-Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2007. http://www.inpes.sante.fr/index.asp?page=Barometres/Etude_sida_migrants/integral/synthese_propositions/2.asp [Dernière consultation le 10-12-2007].
- [5] Beltzer N, Lagarde M, Wu-Zhou X, Vongmany N, Grémy I. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/Sida en France 1992-2004. Paris: Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2005. http://www.ors-idf.org/etudes/pdf/Rapport_KABP_FR_2004.pdf [Dernière consultation le 10-12-2007].
- [6] Halfen S, Fenies K, Ung B, Gremy I. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/Sida aux Antilles et en Guyane en 2004. Paris: Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2006. <http://www.ors-idf.org/etudes/pdf/KABPDFARapport.pdf> [Dernière consultation le 10-12-2007].
- [7] Le Vu S, Lot F, Semaille C. Les migrants africains au sein du dépistage anonyme du VIH, 2004. Bull Epidemiol Hebd. 2005;(46-47):233-5.
- [8] Delpierre C, Dray-Spira R, Cuzin L, Marchou B, Massip P, Lang T, et al. Correlates of late HIV diagnosis: implications for testing policy. Int J STD AIDS. 2007; 18(5):312-7.
- [9] Halfen S. Recours au dépistage du VIH dans la population générale adulte des Antilles et de la Guyane en 2004 et comparaison avec la population vivant en métropole. Bull Epidemiol Hebd.2008; (7-8):55-8.
- [10] ONUSIDA/OMS. Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé. Genève: Organisation mondiale de la santé - Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2007. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789242595567_fre.pdf [Dernière consultation le 10-12-2007].

Recours au dépistage du VIH dans la population générale adulte des Antilles et de la Guyane en 2004 et comparaison avec la population vivant en métropole

Sandrine Halfen (s.halfen@ors-idf.org)

Observatoire régional de santé (ORS) d'Ile-de-France, Paris, France

Résumé / Abstract

L'objectif de cet article est d'analyser les comportements de recours au dépistage du VIH des populations vivant dans les départements français d'Amérique, DFA, (Guadeloupe, Martinique, Guyane) et d'identifier leur spécificité par rapport à la métropole.

Les analyses reposent sur les données d'une enquête conduite en 2004 dans les DFA. 3 014 individus âgés de 18-69 ans ont été sélectionnés par sondage aléatoire. Les résultats sont comparés à ceux de l'enquête menée en métropole en 2004 auprès de 5 071 individus.

Dans les DFA, la proportion de personnes indiquant avoir fait un test de dépistage du VIH dans l'année est, chez les hommes et les femmes, deux fois plus élevée qu'en métropole. Néanmoins, chez les hommes, ce recours au dépistage apparaît peu associé aux comportements sexuels, alors que

HIV screening in the French Antilles and Guiana adult general population in 2004, and comparison with the population living in mainland France

This article aims to study HIV testing behaviours among populations living in the French American departments, FAD, (Guadeloupe, Martinique and Guiana), and to identify their specificity, compared to mainland France.

Data for analysis are based on data from a survey conducted in 2004 in the FAD. 3,014 individuals aged from 18 to 69 years were randomly selected. Results are compared to those from 5071 individuals interviewed in mainland France.

In the FAD, males and females who reported having had a HIV test in the year is twice higher than in mainland France, while HIV testing had a weak