

Toute l'équipe du BEH a la grande tristesse de vous faire part du décès brutal d'Isabelle REBIERE, membre du comité de rédaction depuis plusieurs années

SURVEILLANCE

DISPOSITIF GRATUIT DE DÉPISTAGE DU VIH BILAN DE L'ANNÉE 1997 ET ÉVOLUTION

Réseau National de Santé Publique – P. Gouëzel et A.C. de Benoit

INTRODUCTION

La politique de dépistage du VIH est fondée sur la responsabilisation et le dépistage volontaire. Des consultations de dépistage anonyme et gratuit du VIH (CDAG) ont été mises en place en 1988, dans chaque département, dans des établissements de santé ou dans des dispensaires antivénériens (DAV). Le dispositif gratuit a été étendu en juillet 1992 (mais de manière non anonyme) aux dispensaires antivénériens non désignés comme CDAG, aux consultations prénuptiales et prénatales des centres de protection maternelle et infantile (PMI) puis, en août 1992, aux consultations de contraception des centres de planification et d'éducation familiale (CPEF).

MÉTHODES

Les sites de dépistage gratuit adressent chaque trimestre un bilan d'activité aux médecins inspecteurs de la santé des Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS). Ces bilans indiquent le nombre de consultations, le nombre de tests prescrits et le nombre de tests positifs (confirmés par Western-Blot) par sexe et par classe d'âge ; ils ne comportent pas d'information sur les motifs de venue ou sur les prises de risques et les doublons ne peuvent pas être repérés. Les bilans trimestriels sont retransmis après validation au RNSP qui analyse l'activité du dispositif.

RÉSULTATS

I. ACTIVITÉ GLOBALE DU DISPOSITIF DE DÉPISTAGE GRATUIT

Le RNSP a reçu pour l'année 1997 des bilans d'activité trimestrielle de 508 sites de dépistage gratuit répartis sur l'ensemble du territoire national (France métropolitaine et DOM). Parmi les 508 sites qui ont transmis des données, 420 étaient ouverts à tous et 88 étaient des antennes en prison. Parmi les 420 structures ouvertes à tous : 250 étaient des CDAG désignées par le Préfet (décret de 1988), installées soit dans un établissement de santé (n = 137), soit dans un dispensaire DAV (n = 113) ; 68 étaient des consultations de dépistage gratuit (décret 92-691 du 17 juillet 1992) installées soit dans un DAV non désigné comme CDAG (n = 19), soit dans les PMI (n = 49) et 102 étaient des dépistages gratuits, installés dans des CPEF.

I.1. Couverture et exhaustivité du recueil

La couverture n'a pu être estimée que pour les CDAG (décret de 1988) métropolitaines ; elle a été de 90 % (90 % des CDAG métropolitaines ont envoyé au moins 1 bilan trimestriel). Cependant, l'exhaustivité (nombre de tests « transmis » au RNSP parmi l'ensemble des tests réellement effectués) a dû être meilleure puisque la plupart des CDAG qui n'avaient pas répondu étaient des antennes secondaires à faible activité.

I.2. Activité

Au total, en 1997, en ne tenant compte que des bilans reçus, quel que soit le type ou le domaine d'activité des structures de dépistage gratuit, le dispositif a réalisé 321 885 consultations et a prescrit 292 408 tests. Parmi ceux-ci, 1 518 étaient confirmés positifs par Western-Blot (5,2 pour 1000). 275 768 tests dont 1 418 positifs (5,1 pour mille) ont été prescrits hors prison.

Tableau I. – Nombre de consultations, de tests et de tests positifs, proportion de tests positifs dans les consultations de dépistage gratuit, par type de structure, année 1997

	CDAG hors prison	DAV hors prison	PMI	CPEF	Prisons	Total
Consultations	266 945	12 295	7 148	12 878	22 619	321 885
Tests	251 995	11 287	6 694	5 792	16 640	292 408
Tests positifs	1 231	125	60	2	100	1 518
Proportion +	4,9/1000	11,1/1000	8,9/1000	0,4/1000	6,0/1000	5,2/1000

L'essentiel de l'activité (tableau I) a été assuré par les CDAG hors prison : les CDAG ont drainé 89 % des personnes se présentant pour un dépistage gratuit hors prison, ont prescrit 91 % des tests réalisés dans les structures de dépistage gratuit et ont identifié 87 % des personnes « positives » qui ont consulté ces structures.

I.3. Évolution

Depuis l'année 1988, la proportion de tests positifs diminue au fil des ans [1] (tableau II) ; cette décroissance est plus modérée depuis l'année 1994, mais elle persiste malgré une relative stabilisation du nombre de tests.

Tableau II. – Nombre de tests réalisés, nombre de tests positifs et proportion de tests positifs (pour mille tests) dans les consultations de dépistage gratuit, années 1988 à 1997

Année	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Tests	35 844	58 914	59 948	77 647	126 002	198 669	284 548	296 451	277 192	292 408
Positifs	1 667	2 086	1 831	1 704	1 967	2 147	2 108	1 739	1 440	1 518
Positifs/1000	46,5	35,4	30,5	21,9	15,6	10,8	7,4	5,9	5,2	5,2

Une hausse du nombre de tests (+ 5,5 %) et du nombre de tests positifs (+ 5,4 %) a été enregistrée en 1997 par rapport à l'année 1996 [2], cependant, la proportion de tests positifs est restée la même. Une meilleure transmission des bilans trimestriels a pu y participer : en comparant les activités hors prison des seules CDAG qui avaient transmis la totalité des 4 bilans trimestriels à la fois en 1996 et en 1997 (85 % des CDAG), on a remarqué en 1997 une augmentation du nombre de tests de 0,5 % et une diminution du nombre de tests positifs de 6,7 %. Sur cet « échantillon », la diminution de la proportion de tests positifs a été de 7,1 %.

I.4. Données régionales

Les résultats globaux masquaient des fortes disparités de proportion de tests positifs selon les régions. Cette proportion allait de 1,0/1000 en Franche-Comté à 11,7/1000 en Antilles-Guyane (tableau III).

I.5. Répartition par structure

En 1997, l'activité de dépistage a été très variable d'un site à l'autre et les écarts ont été très importants : le plus petit des 508 sites de dépistage n'a

effectué aucun test tandis que le plus grand en a effectué 13 852. Des écarts aussi importants ont été constatés lorsqu'on a considéré le nombre de tests positifs qui allait, par site, de 0 à 104. Globalement et hors prison, 54 % des sites (226/420) n'ont pas trouvé de test positif. Cette proportion a varié avec le type de structure : 32 % des CDAG (81/250), 47 % des DAV non CDAG (9/19), 73 % des PMI (36/49) et 98 % des CPEF (100/102) n'ont identifié aucun test positif.

Tableau III. - Nombre total de tests gratuits et de tests gratuits positifs, nombre de tests et de tests positifs dans les CDAG, par région et rapportés à la population, proportion de tests positifs par région

Régions	population (1995)	nombre de tests (n)	tests positifs (n)	cas de SIDA 1997 par million d'habitants	nombre de tests gratuits pour 1 000 habitants	proportion de tests positifs
Alsace	1 689 800	6 305	10	8,9	3,7	1,6/1000
Aquitaine	2 866 300	12 907	65	28,3	4,5	5,0/1000
Auvergne	1 315 400	3 888	10	16,7	3,0	2,6/1000
Bourgogne	1 623 900	6 155	18	12,3	3,8	2,9/1000
Bretagne	2 846 900	8 959	22	21,4	3,1	2,5/1000
Centre	2 433 100	6 975	16	28,8	2,9	2,3/1000
Champagne-Ardenne	1 352 500	7 088	16	12,6	5,2	2,3/1000
Corse	259 700	1 028	2	34,7	4,0	1,9/1000
Franche-Comté	1 113 200	6 182	6	4,5	5,6	1,0/1000
Île-de-France	10 977 700	97 953	825	89,7	8,9	8,1/1000
Languedoc Roussillon	2 221 300	10 741	41	36,9	4,8	3,8/1000
Limousin	718 900	2 389	6	30,6	3,3	2,5/1000
Lorraine	2 311 500	6 711	14	6,9	2,9	2,1/1000
Midi-Pyrénées	2 494 200	7 877	23	38,9	3,2	2,9/1000
Nord-Pas-de-Calais	3 994 800	8 249	14	10,8	2,1	1,7/1000
Basse-Normandie	1 412 600	4 434	8	12,7	3,1	1,8/1000
Haute-Normandie	1 776 900	3 923	10	20,3	2,2	2,5/1000
Pays de Loire	3 139 800	11 705	28	16,6	3,7	2,4/1000
Picardie	1 855 300	5 219	13	14,6	2,8	2,5/1000
Poitou-Charentes	1 619 100	6 172	21	19,8	3,8	3,4/1000
Provence-Alpes-Côte d'Azur	4 428 200	31 351	170	56,5	7,1	5,4/1000
Rhône-Alpes	5 569 200	24 918	74	25,9	4,5	3,0/1000
Antilles-Guyane	1 074 215	7 867	92	117,3	7,3	11,7/1000
Réunion	387 034	3 412	14	49,1	8,8	4,1/1000

I.6. Répartition par sexe et par âge et évolution

Globalement, les hommes (54,7 %) sont toujours plus nombreux que les femmes à se faire tester même si le sex-ratio (hommes/femmes) a tendance à diminuer. Le sex-ratio était de 1,2 en 1997 contre 1,6 en 1988. Cette prédominance globale des hommes masquait des différences importantes selon les structures : le sex-ratio était de 1,17 dans les CDAG hors prisons, de 1,09 dans les DAV non désignés comme CDAG hors prison et de 24 dans les prisons. En revanche, il était de 0,23 dans les PMI et de 0,26 dans les CPEF. Globalement, la moitié (52 %) des personnes testées avaient de 20 à 29 ans et cette tranche d'âge était toujours majoritaire quelle que soit la structure (CDAG hors prison 53 %, prison 49 %, DAV 51 %, PMI 45 %, CPEF 40 %). Lorsque le test était positif, la proportion d'hommes était globalement de 74 % (74 % dans les CDAG hors prison, 71 % dans les DAV hors prison, 96 % en prison, 18 % dans les PMI) et la tranche d'âge des 30-39 ans était globalement la plus fréquente (42 %). Cette tranche d'âge des 30-39 ans prédominait partout (42 % dans les CDAG hors prison, 47 % en prison, 40 % dans les DAV) à l'exception des PMI (29 %) où les personnes positives avaient le plus souvent entre 20 et 29 ans (50 %). Le tableau IV indique les proportions de tests positifs par tranche d'âge et par sexe pour l'ensemble du dispositif de dépistage gratuit.

Globalement, les hommes âgés de 30 à 39 ans ont présenté la plus importante proportion de tests positifs (13,4/1000) ; La plus importante proportion de tests positifs a été retrouvée chez eux dans les CDAG hors prison (13,2/1000), dans les prisons (9,7/1000) et dans les DAV (27,6/1000). En revanche, dans les PMI, la proportion de tests positifs la plus importante a été retrouvée chez les femmes de 40 à 49 ans (9,0/1000). Les effectifs étaient trop faibles pour calculer ces proportions pour les CPEF.

On assiste à un vieillissement de la population dépistée positive par le dispositif gratuit.

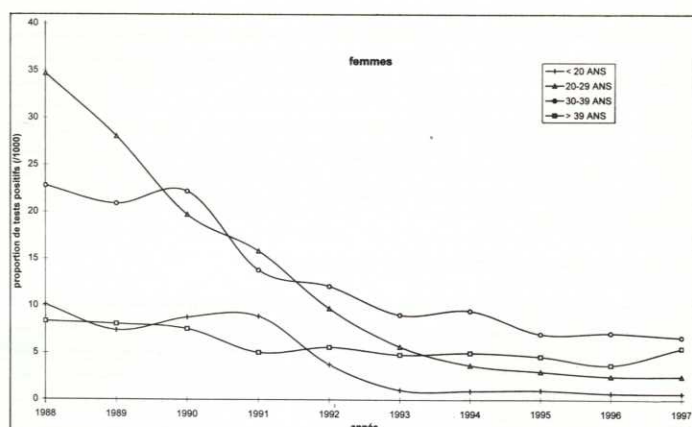
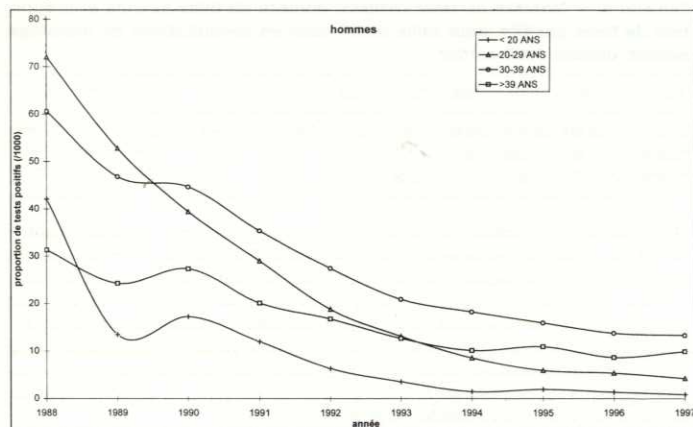
Tableau IV. - Ensemble du dispositif de dépistage gratuit, année 1997 ; proportion de tests prescrits par tranche d'âge et proportion de tests positifs par tranche d'âge et par sexe

% du total tests dans tranche d'âge	Tranche d'âge	Proportion de tests positifs		
		Hommes	Femmes	Total
6,4 %	moins 18 ans	0,4/1000	0,4/1000	0,4/1000
11,9 %	18-19 ans	1,1/1000	0,8/1000	0,9/1000
52,0 %	20-29 ans	4,3/1000	2,5/1000	3,5/1000
18,7 %	30-39 ans	13,4/1000	6,7/1000	11,1/1000
7,7 %	40-49 ans	10,0/1000	4,6/1000	8,0/1000
2,5 %	50-59 ans	9,4/1000	7,0/1000	8,6/1000
0,9 %	60 ans et plus	10,4/1000	12,5/1000	10,9/1000
100 %	total	6,7/1000	2,9/1000	4,9/1000 *
(274 164 tests) *				

* les nombres de tests et la proportion globale de tests positifs mentionnés sur ce tableau sont inférieurs à ceux des tableaux précédents car ne figurent ici que les « tests » pour lesquels la tranche d'âge et le sexe étaient renseignés.

Depuis 1992, les proportions de tests positifs les plus importantes sont rencontrées, chez les hommes comme chez les femmes, dans la tranche d'âge des 30-39 ans (figure 1). Au début de l'épidémie, elles étaient rencontrées dans la tranche des 20-29 ans. Les moins de 20 ans ont présenté en 1997 les plus basses proportions de tests positifs. Les personnes dépistées positives étaient plus souvent des hommes que des femmes (sex-ratio 2,8 en 1997). Cependant, le sex-ratio des personnes dépistées positives tend à diminuer au fil des années, il était de 3,8 en 1988.

Figure 1. - Évolutions des proportions de tests positifs par tranche d'âge et par sexe, années 1988-1997



II. PLACE DU DISPOSITIF GRATUIT

En se fondant sur les analyses faites par le RNSP à partir du réseau RENAVI [3], la proportion de tests positifs dans le dispositif général métropolitain, hors dons de sang, a pu être estimée à 2,6/1000. Il a été possible d'estimer la part du dispositif de dépistage gratuit au sein du dispositif général de dépistage : environ 8 % de l'ensemble des tests réalisés en métropole en 1997 (hors dons de sang) et 15 % des tests qui se sont avérés positifs, avaient été prescrits par le dispositif gratuit.

DISCUSSION

Le dispositif gratuit a identifié 5 test positifs/1000 en métropole et reste capable d'attirer une population plus à risque que les autres structures de dépistage. La proportion de tests positifs diminue régulièrement depuis 1994, alors que le nombre de tests prescrits semble relativement stable. Cependant, il n'est pas possible, au seul vu des données des CDAG, de savoir si les recrutements tendent à se modifier (attraction d'une clientèle différente moins à risque), si les pratiques des centres évoluent, ou si les consultants améliorent leurs pratiques de prévention. La diminution du sex-ratio au fil des ans témoigne probablement d'une ouverture plus large des CDAG sur la population générale. Les bilans trimestriels d'activité ne permettent pas de suivre les caractéristiques des consultants. Le vieillissement de la population dépistée positive plaide plutôt pour un faible renouvellement de la population touchée par le VIH. Pourtant, il serait utile de disposer d'informations précises sur les motifs de dépistage et sur les prises de risque des consultants qui fréquentent ces consultations. Le RNSP, la Direction Générale

de la Santé et des CDAG volontaires mettent actuellement en place un système d'information capable de répondre à ces questions. En 1998, le bilan trimestriel d'activité a été adapté aux nouvelles missions des CDAG [4] et au dépistage gratuit de l'hépatite C (voir texte ci-dessous).

Le bilan complet CDAG 1997 est disponible auprès du RNSP sur simple demande.

REMERCIEMENTS

Le RNSP remercie les responsables des consultations de dépistage gratuit du VIH et les médecins inspecteurs de la santé pour leur précieuse collaboration.

RÉFÉRENCES

- [1] C. GENESTE, O. CHAUFFERT, A. RONDENET, P. GOUÉZEL, J. PILLONEL, Bilan d'activité des CDAG 1988-1996 BEH 39/1996.
- [2] RNSP – Dispositif de dépistage gratuit du VIH (CDAG), Bilan d'activité 1996, rapport RNSP, septembre 1998.
- [3] Bulletin Épidémiologique Annuel – Épidémiologie des maladies infectieuses en France, situation en 1997 et tendances évolutives récentes, RNSP, Saint-Maurice, février 1999.
- [4] Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Secrétariat d'État à la Santé ; Circulaire DGS/DS/DSS n° 98/423 du 9 juillet 1998 relative aux missions et aux objectifs des consultations de dépistage anonyme et gratuit ou de dépistage gratuit du VIH.

INFORMATION

EXTRAITS DE LA CIRCULAIRE DGS/DH/DSS N° 98/423 DU 9 JUILLET 1998

relative aux missions et aux objectifs des consultations de dépistage anonyme et gratuit ou de dépistage gratuit du virus de l'immunodéficience humaine.

Cinq objectifs prioritaires

- permettre une prise en charge précoce après une exposition aux risques,
- rendre le dispositif visible pour tous,
- faciliter l'accès au dépistage des personnes précarisées et des personnes vulnérables aux risques,
- renforcer la prévention,
- renforcer le lien entre dépistage et prise en charge.

1. Permettre une prise en charge précoce après une exposition aux risques

La prise en charge des personnes très précocement après une exposition au risque, que ce soit dans une indication de traitement prophylactique après exposition ou dans l'indication de diagnostic de primo-infection à VIH doit permettre :

- d'agir sur la phase majeure de diffusion épidémique du VIH,
- de limiter au maximum l'atteinte virale, et même de tenter de la stopper dans le traitement après exposition,
- de renforcer le travail de prévention au plus près de la perception du risque.

Au risque VIH doivent être associés dans ce contexte les autres risques liés aux expositions concernées :

- transmission du VHB dans les expositions sexuelles, qui doit donner lieu, si besoin, à la mise en place d'une prophylaxie (gammaglobulines et vaccination) ;
- transmission du VHC dans les expositions sanguines, accidentelles ou par usage de drogue, qui doit donner lieu à une surveillance en vue d'un diagnostic précoce.

L'accueil des personnes, l'évaluation des risques, l'accès à une prise en charge adaptée aux situations, le relais des équipes hospitalières dans l'accompagnement sont des missions auxquelles les consultations doivent concourir.

2. Rendre le dispositif visible pour tous

Les messages auprès de la population sur l'intérêt du dépistage ont été actualisés et renforcés en matière de VIH ; ils vont l'être concernant le VHC. Un premier objectif est de faire en sorte que le public dispose d'informations cohérentes grâce à des outils d'information élaborés dans ce sens. La visibilité du dispositif passe par le relais de cette communication nationale et la promotion des dispositifs locaux.

Un deuxième objectif est de permettre aux personnes vulnérables d'intégrer ces informations : l'élaboration d'outils de communication et des actions de proximité, passant par la médiation d'acteurs appartenant aux réseaux communautaires, spécialisés ou socio-sanitaires, doivent le permettre. Les consultations doivent participer à l'élaboration de cette communication et à ces actions.

3. Faciliter l'accès au dépistage pour les personnes précarisées et les personnes vulnérables au risque

Les difficultés d'appropriation de la prévention, les retards au diagnostic et à la prise en charge sont le fruit de logiques diverses. Les conditions socio-économiques et culturelles des personnes sont sources d'inégalités face à la maladie et à la santé en général. Les populations précarisées formulent peu de demandes concernant la santé, qui n'est souvent pas ressentie comme une priorité face aux multiples urgences quotidiennes. Les spécificités de certains groupes de populations sont mal prises en compte, créant une vulnérabilité particulière alors même qu'elles sont en proximité avec le risque (migrants, jeunes des banlieues, usagers de drogues...). Les messages, les pratiques et les structures ne sont souvent pas adaptés à leurs attentes, besoins et représentations.

Il convient de rechercher les facteurs pouvant favoriser et faciliter les démarches de ces populations. Les rôles respectifs et la coopération des lieux de recours de ces populations et des consultations de dépistage doivent être envisagés. Les relais doivent être favorisés : par l'intermédiaire d'associations ou d'acteurs reconnus des populations, par des actions hors les murs de l'équipe de la consultation ou tout autre moyen de donner un sens à la démarche de dépistage ou de la faciliter.

4. Renforcer la prévention

Toute personne qui fait une démarche de dépistage, qu'il y ait prescription de test ou pas, doit pouvoir être aidée dans la recherche d'une stratégie personnelle de prévention, notamment par l'écoute, l'analyse du risque et le conseil psycho-social que les équipes ont développés en matière d'infection par le VIH.

L'aide à l'acquisition et au maintien d'attitudes préventives sur le long terme chez les personnes atteintes par le VIH est une mission à développer. La découverte de l'infection doit déboucher sur une proposition de prise en charge dans laquelle la dimension de prévention est capitale et que les consultations doivent pouvoir assumer.

Des savoir-faire identiques devront être élaborés en matière d'infection par le VHC, en relais ou en lien avec les acteurs intervenant auprès des usagers de drogue, en particulier les plus marginalisés.

5. Renforcer le lien entre dépistage et prise en charge

La consultation de dépistage, lorsque l'infection est diagnostiquée, implique de construire le lien avec la prise en charge. Le point névralgique est l'adhésion de la personne à la démarche vers le soin, alors que le temps de la médiation est dans certains cas limité par l'urgence à traiter. De cette adhésion dépendent l'accès à une équipe de soins, l'acceptation et l'observance au traitement, l'accroche à un travail de prévention.

L'accompagnement vers une prise en charge est une mission à développer par les consultations de dépistage. Il a pour objet de répondre aux divers problèmes liés à chaque situation. Il peut inclure un travail sur l'image et le statut de la personne, la restauration de droits sociaux, l'information sur les traitements, la recherche d'un soutien dans l'entourage de la personne et la facilitation de la prise de contact avec l'équipe de soins.