



Centres de dépistage anonyme et gratuit : bilan de deux centres parisiens : p. 173.

Les fièvres hémorragiques à filovirus : Marburg et Ebola : p. 175.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la Solidarité, de la Santé

et de la Protection sociale

Direction générale de la Santé

N° 44/1988

7 novembre 1988

LE POINT SUR...

CENTRES DE DÉPISTAGE ANONYME ET GRATUIT BILAN DE DEUX CENTRES PARISIENS *

A. CAVELIER (1), R. POINSARD (2), P. LOYGUE (3)

INTRODUCTION

des volets de la politique du gouvernement français en matière de lutte contre l'épidémie de SIDA a été la création dans chaque département d'au moins un centre de dépistage et d'information anonyme et gratuit. La circulaire ministérielle du 20 janvier 1988 en a fixé les modalités de fonctionnement et de financement.

À Paris, quatrième ville mondiale en nombre de cas cumulés de SIDA, quatre centres ont été mis en place dont deux en milieu hospitalier (Assistance publique) et deux au sein des centres médico-sociaux de la Direction de l'Action sociale, de l'Enfance et de la Santé (D.A.S.E.S.).

La présente étude regroupe les données épidémiologiques collectées dans ces deux derniers centres ouverts respectivement les 28 mars et 11 avril 1988.

ACTIVITÉ GLOBALE DES DEUX CENTRES

Au cours des cinq premiers mois, **3 551 nouveaux consultants** ont été recensés, avec une inégale répartition selon les sexes : 1/3 de femmes (1 096) et 2/3 d'hommes (2 455). 5 % des cas (162) ont eu une information seule sans dépistage. Sur **3 390 sujets testés**, 2,5 % ne sont pas venus chercher leur résultat, **5,3 % (180)** ont été retrouvés **positifs** pour le **V.I.H. 1** après confirmation par Western Blot.

À elle seule, la fréquentation de ces deux centres représente 21 % de l'ensemble de l'activité des centres français ouverts depuis la circulaire ministérielle (Direction générale de la Santé, 26 septembre 1988.)

OBJECTIFS

Le pari de la politique menée a été de créer une structure originale et efficace de prévention de la contamination, en faisant appel à la responsabilité individuelle : anonymat et gratuité favorisant l'accès à l'information et au dépistage de la population.

Pour apprécier l'impact de cette politique, préciser les besoins de la population concernée et ajuster les messages préventifs, une enquête a été menée auprès des consultants.

MATÉRIEL - MÉTHODE

Un **questionnaire anonyme** est rempli de façon **facultative** par les **consultants** avant l'entretien médical préalable au prélèvement. Cette formule, choisie en accord avec la D.G.S., préserve le caractère anonyme qui fait la spécificité de ce type de centre, tout en laissant le consultant libre d'aborder les questions qu'il souhaite avec le médecin,

dans le contexte d'un entretien médical dont l'objectif reste essentiellement l'information et la prévention.

1 149 questionnaires remplis ont été recueillis auprès des 1 260 premiers consultants (91 %).

RÉSULTATS - ANALYSE

Pour décrire la population consultante, quatre axes principaux ont été dégagés :

1. Les caractéristiques sociodémographiques

89 % des consultants sont de nationalité française, 94 % résident en région parisienne. Ils sont plutôt bien insérés socialement puisque 88 % ont un domicile fixe, 69 % une activité rémunérée et que 91 % bénéficient d'une protection sociale. L'anonymat plus que la gratuité semble avoir attiré.

Il existe une « surreprésentation » des jeunes et des hommes. 43 % des consultants ont entre 20 et 29 ans (pyramide des âges, diagramme n° 1), 70 % sont des hommes.

PYRAMIDES DES AGES

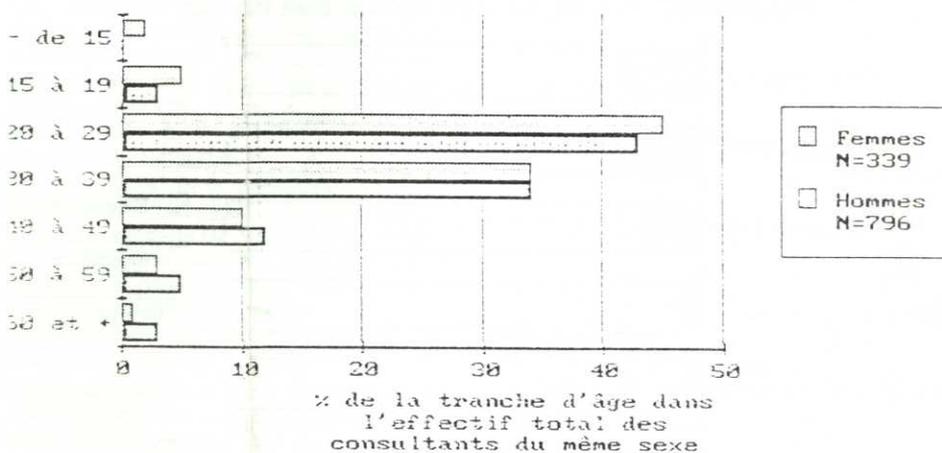


Diagramme n° 1

* Centre médico-social, 218, rue de Belleville, 75020 et Centre médico-social, 3-5, rue de Ridder, 75014.

(1) D.A.S.E.S., médecin coordinateur des centres.

(2) D.A.S.E.S., chargé de mission.

(3) Conseiller médical de la mairie de Paris.

2. Les facteurs de risque

8 % des consultants sont toxicomanes, la moitié d'entre eux étaient « sevrés ». 47 % sont homosexuels ou bisexuels masculins, 45 % sont hétérosexuels(les). 70 % ont eu deux partenaires ou plus dans l'année écoulée. Le dépistage volontaire a intéressé une population exposée au risque de contamination.

Néanmoins, 83 % n'utilisent pas ou peu le préservatif. Les homosexuels et bisexuels l'utilisent plus régulièrement que les hétérosexuels(les) [diagramme n° 2]. Les femmes hétérosexuelles, qui ne l'utilisent jamais (63 %), représentent un pourcentage significativement ($p < 0.02$) supérieur aux hommes hétérosexuels (47 %), même quand elles ont des partenaires différents et quand elles vivent seules.

3. L'analyse de la demande

3/4 des consultants viennent pour un primo-dépistage. Le souci personnel arrive largement en tête des motifs de consultation (80 %), devant la pression des proches (8 %), le conseil d'un médecin (6 %) ou encore une raison professionnelle (5 %). 53 % souhaitent une information associée au dépistage. L'information attendue concerne la prévention (68 %), les traitements (18 %), les aides existantes (14 %). 18 % pensent avoir eu un partenaire séropositif (30 % des homosexuels, 20 % des bisexuels, 7 % des hétérosexuels, 10 % des hétérosexuelles).

4. La sous-population des séropositifs

Sur 1 118 examens sérologiques pratiqués, 61 se sont révélés positifs au V.I.H. 1 (Western Blot) soit 5,5 %. Pour les séropositifs :
 - le *sex ratio* est de 11 hommes pour 1 femme, 83 % des sujets ont entre 20 et 29 ans ;
 - la répartition par groupe à risque est la suivante : 17 % sont toxicomanes (10/61), 67 % sont homosexuels ou bisexuels (41/61), 3 % (2/61) étaient à la fois toxicomanes et homosexuels, 8/61 sont des hétérosexuels non toxicomanes, dont 3 avaient reçu des transfusions sanguines avant 1985 ;
 - fait important, à considérer en terme de santé publique, 25 % sont sans protection sociale.

La proportion de séropositifs par groupes exposés est illustrée par le diagramme n° 3. On constate, actuellement, dans ces centres

SEXUALITE - UTILISATION PRESERVATIF

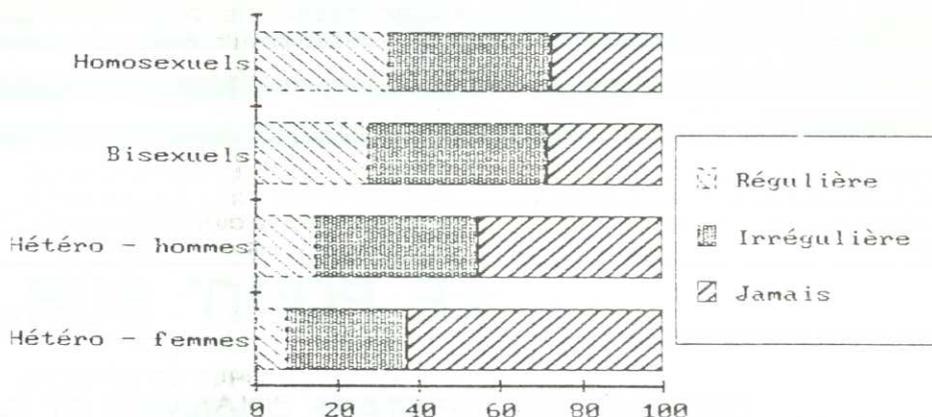


Diagramme n° 2

que l'exposition au virus est plus importante chez les homosexuels, les bisexuels et les toxicomanes (18, 12, 16 %) et reste limitée parmi les hétérosexuels masculins et féminins (3,1 %).

DISCUSSION

1° Cette analyse n'est représentative que de la population consultant dans ces centres. En l'absence d'un dénominateur, rien n'autorise actuellement à extrapoler et à calculer un taux de séroprévalence dans les populations exposées.

Le taux de 5,3 % n'exprime que le « rendement » du dépistage pratiqué. Il est équivalent à celui calculé en moyenne pour l'ensemble des centres anonymes et gratuits (D.G.S., 26 septembre 1988).

2° Le « rendement » du dépistage volontaire, du fait même qu'il est « autociblé », est incomparablement plus élevé que celui du dépistage systématique des donneurs de sang ou celui pratiqué chez les femmes enceintes, dans l'enquête multicentrique menée dans neuf maternités de la région parisienne, pour ne citer que ces seuls exemples. Il est 30 fois supérieur si l'on considère la totalité des donneurs de sang [1,7 séropositif pour 10 000 donneurs,

2^e trimestre 1988 (D.G.S.)], 25 fois supérieur à celui pratiqué chez les femmes enceintes (2 %) [B.E.H. n° 31/1987].

Toutefois les taux de séroprévalence observés dans les populations à risque fréquentant les deux centres sont inférieurs aux taux habituellement donnés ; 50 % pour les toxicomanes intraveineux dans certains centres d'accueil parisiens, 32 % pour les homosexuels parisiens interrogés dans le cadre de l'enquête de M. Pollack (B.E.H. n° 1/1988).

Plusieurs hypothèses pourraient rendre compte de cette différence :

- le niveau de risque des sujets fréquentant les centres pourrait être inférieur à celui de sujets appartenant aux mêmes groupes, et dépistés dans d'autres structures ;
- les sujets les plus exposés pourraient avoir déjà subi le test dans d'autres circonstances, avant la mise en place des centres.

Quelle que soit l'explication, ces données illustrent le caractère peu homogène des populations regroupées sous l'étiquette d'un groupe « à risque », et montrent la difficulté de généraliser les résultats d'études de prévalence réalisées dans des institutions spécifiques à l'ensemble d'un groupe.

EN CONCLUSION

La politique d'incitation au dépistage volontaire mise en œuvre avec les centres anonymes et gratuits permet de toucher une clientèle particulièrement exposée au risque de contamination. Elle propose une solution alternative au dépistage par don du sang.

Les premiers résultats obtenus encouragent à accentuer cette politique de prévention « autociblée ». Le médecin, à l'occasion de la consultation préalable au test, aide le sujet à repérer ses facteurs de risque objectif. C'est le moment privilégié pour que le consultant entende et envisage les conseils de prévention adaptés, la remise des résultats étant en revanche trop chargée en émotion. Ces recommandations demeurent valables quel que soit le résultat du test.

Cette politique repose sur la responsabilisation individuelle : les individus sont encouragés à modifier leur comportement à risque et non à répéter les dépistages. En outre, on leur propose d'inciter leurs partenaires à la même démarche.

PROPORTION DES SEROPOSITIFS PARMI LES CONSULTANTS

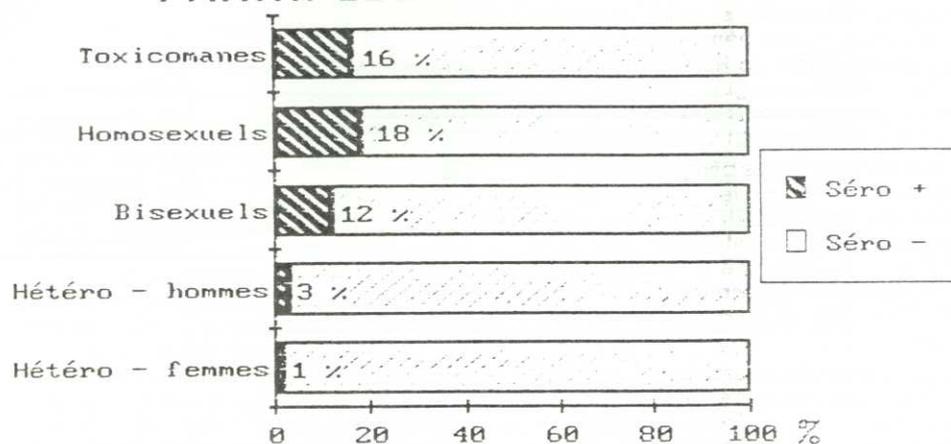


Diagramme n° 3