



ENQUÊTE

DÉPISTAGE, CONNAISSANCES ET COMPORTEMENTS FACE AU V.I.H. CHEZ LES FEMMES ENCEINTES (Prevagest P.A.C.A. 1992)

D. REY *, J.-P. MOATTI **, M. ROTLLY *, C. PRADIER ***, J.-Y. GILLET ****, J.-A. GASTAUT *****, E. COUTURIER *****, J.-B. BRUNET *****, Y. OBADIA *

INTRODUCTION

Depuis 1987, l'Organisation mondiale de la Santé a recommandé de développer des instruments de surveillance sociologique et psychologique sur les connaissances et attitudes de la population vis-à-vis du SIDA. Pour répondre à cet objectif, l'enquête de séroprévalence Prevagest P.A.C.A. [1] a été suivie d'une enquête « Connaissances et comportements » face au risque de transmission materno-fœtale et au dépistage du V.I.H. auprès d'un échantillon de femmes enceintes de la région Provence - Alpes - Côte d'Azur, enquête dont nous rapportons ici les premiers résultats.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Pendant 4 semaines, du 30 mars au 26 avril 1992, un auto-questionnaire anonyme et confidentiel a été remis aux femmes enceintes par les personnels soignants au moment de la terminaison de la grossesse (accouchement, fausse couche spontanée, grossesse extra-utérine, interruption volontaire ou thérapeutique de grossesse) dans tous les établissements de la région. Ce questionnaire comportait, outre une fiche détachable permettant le contrôle de l'exhaustivité, un signalétique socio-démo-professionnel, 40 questions sur le suivi de grossesse et les modalités d'accès au dépistage du V.I.H. et 46 autres questions concernant les connaissances des modes de transmission du V.I.H., les comportements par rapport au risque de contamination et les opinions sur le devenir de la grossesse en cas de séropositivité.

Les femmes se connaissant des conduites à risque ont été classées dans 4 groupes définis de la façon suivante :

- 1° Toxicomanes;
- 2° Partenaires de sujets infectés ou à risque (partenaires toxicomanes, séropositifs ou originaires des Caraïbes ou d'Afrique sub-saharienne) et patientes originaires des Caraïbes ou d'Afrique sub-saharienne;
- 3° Transfusées;
- 4° Femmes ayant plusieurs partenaires sexuels (au moins 2 au cours des 2 dernières années).

RÉSULTATS

Parmi les 79 établissements sollicités, 3 ont refusé le principe de l'enquête, 3 n'ont pas distribué les questionnaires et les documents renvoyés par un établissement ont été perdus par les services postaux. Finalement, 449 fiches non-réponses et 3 854 questionnaires exploitables [2 825 accouchements et 1 029 grossesses interrompues parmi lesquelles 764 I.V.G. (1)] nous ont été renvoyés, ce qui correspond à la participation de 72 établissements dont l'activité cumulée a représenté pour l'année 1992, 95 % des accouchements et 89 % des interruptions volontaires de grossesse réalisés en région P.A.C.A. (données D.R.A.S.S.).

A. Perception du dépistage chez les accouchées (tabl. 1)

Leur moyenne d'âge est de 28,4 ans (écart type = 5,01). 91,5 % d'entre elles vivent en couple et 47,3 % sont bachelières. 97,2 % ont bénéficié de plus de 4 examens prénataux et 61,6 % de plus de 8, les consultations étant exclusivement assurées par des gynécologues dans 76,4 % des cas.

75,7 % des accouchées estiment avoir un risque personnel de contamination par le virus du SIDA nul ou inférieur à la moyenne des femmes et seulement 16,1 % s'identifient au risque moyen.

58,8 % des femmes déclarent avoir eu un ou plusieurs dépistages du V.I.H. avant leur grossesse, le plus souvent à l'occasion des examens prénuptiaux (38,9 %), d'une grossesse précédente (29,6 %), d'un projet de grossesse (17,3 %) et d'un don de sang (11,2 %). La fréquence du dépistage avant la grossesse est proportionnelle au niveau d'étude (42 % des femmes non scolarisées et 70,1 % des plus diplômées [$p < 0,01$]).

Le dépistage prénatal du V.I.H. est très répandu : 61,7 % des femmes (1 743) déclarent avoir fait au moins un test au cours de leur grossesse et 10,7 % d'entre elles ont eu plusieurs tests. La répétition des tests est plus fréquente en milieu hospitalier ou en P.M.I. qu'en ville (15,5 % contre 7,6 % [$p < 0,001$]). Plus d'une femme sur 5 (22,4 %) a demandé à ce que le test lui soit pratiqué. Parmi les 2,6 % de femmes qui ne connaissent pas le résultat de leur test, une seule a signalé qu'il s'agissait d'un choix personnel. Cette non-communication des résultats s'est faite plus souvent aux dépens des femmes peu scolarisées que des bachelières (6,8 % contre 1,2 % [$p < 0,001$]). Parmi les 38,3 % de femmes (1 082) qui déclarent ne pas avoir eu de test de dépistage du V.I.H. au cours de leur grossesse, 88,5 % n'ont pas pensé à faire ce test. 22,7 % avaient déjà été dépistées et le test n'a pas été refait, 1,7 % a refusé le dépistage (dans plus de la moitié des cas le test n'a pas été proposé). L'analyse multivariée montre qu'après ajustement sur l'âge, le statut marital et le suivi de grossesse, la déclaration d'absence de dépistage (pendant et avant la grossesse) est significativement plus fréquente chez les femmes de faible niveau d'études ($p < 0,001$) et qui ont le sentiment de ne pas avoir de risque personnel ($p < 0,01$).

B. Perception du dépistage chez les femmes ayant volontairement interrompu leur grossesse (tabl. 1)

Leur moyenne d'âge est de 27,9 ans (écart type = 6,85). Plus d'un tiers a moins de 25 ans, 42,7 % sont célibataires et plus de 1 sur 5 n'a pas fait d'études. Elles ont en majorité consulté un gynécologue avant l'intervention (75,1 %). Un tiers d'entre elles estime avoir un risque personnel de contamination par le virus du SIDA supérieur (2,9 %) ou égal à la moyenne (30,8 %).

45,8 % des femmes déclarent avoir eu au moins un dépistage du V.I.H. avant le début de leur grossesse, le plus souvent à l'occasion d'une grossesse antérieure (30,6 %), pour un motif personnel (29,1 %) et lors d'un don de sang (18,8 %). Les antécédents de dépistage sont plus fréquents chez les femmes de 25 à 34 ans que chez les plus jeunes ou les plus âgées (54,5 % contre respectivement 39,9 et 34,4 % [$p < 0,001$]).

* O.R.S. P.A.C.A., 23, rue Stanislas-Torrents, 13006 Marseille.
 ** I.N.S.E.R.M., Unité 379, institut Paoli-Calmettes, 232, boulevard Sainte-Margerite, 13009 Marseille.
 *** C.I.S.I.H. Nice, hôpital de l'Archevêque, 06012 Nice.
 **** Service gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction, hôpital Saint-Roch, 5, rue Dévoluy, 06000 Nice.
 ***** C.I.S.I.H. Marseille, Hôtel-Dieu, 2, place Daviel, 13002 Marseille.
 Centre européen pour la surveillance du SIDA, 14, rue du Val-d'Osme, 94410 Saint-Maurice.

(1) 5,8 % des femmes ayant avorté et 2,8 % des accouchées ($p < 0,001$), soit 124 femmes, ont interrompu leur questionnaire avant de commencer la dernière partie où étaient regroupées les questions concernant les connaissances des modes de transmission et les comportements par rapport au risque de contamination. Elles ne sont donc pas prises en compte dans la partie de l'exposé correspondante.

Tableau 1. — Estimation du risque personnel et dépistage déclaré du V.I.H. en fonction du mode de terminaison de la grossesse (Prévagest P.A.C.A. — 30 mars au 26 avril 1992)

	Total (n = 3 589)	Accouchées (n = 2 825)	I.V.G. (n = 764)	p (*)
	%	%	%	
Estimation du risque personnel				< 0,001
Plus que la moyenne	2,3	2,2	2,9	
Autant que la moyenne	19,3	16,1	30,8	
Moins que la moyenne	33,9	34,8	30,7	
Aucun risque	37,1	40,9	22,9	
Sans réponse	7,4	6	12,7	
Dépistage du V.I.H. déclaré				< 0,001
Pendant la grossesse	17,6	20,1	8,4	
Avant et pendant la grossesse	36,1	41,6	15,7	
Avant la grossesse	19,9	17,2	30,1	
Aucun	26,4	21,1	45,8	

(*) p calculé par analyse univariée (test du chi2).
Les différences constatées sont notées en gras (analyse des résidus ajustés).

L'accès au dépistage du V.I.H. à l'occasion d'une interruption de grossesse est beaucoup plus restreint : seulement 24,1 % des femmes (184) déclarent avoir fait un test entre le début de grossesse et l'I.V.G. Dans 14,3 % des cas le dépistage réalisé en ville en début de grossesse a été systématiquement refait à l'occasion de l'intervention. Dans plus d'un tiers des cas (37 %) le test a été fait à la demande des femmes. Néanmoins, près de 1 femme sur 5 (19,6 %) ne connaît pas le résultat de son dépistage. Aucune association n'a pu être mise en évidence entre l'absence de communication des résultats et les caractéristiques socio-démographiques de ces femmes. Parmi les 75,9 % de femmes (580) qui déclarent ne pas avoir eu de test de dépistage du V.I.H. entre le début de leur grossesse et son interruption, la majorité (75,2 %) n'a pas pensé à faire un test de dépistage dans ce contexte. Dans 62,6 % des cas, ce test ne leur a d'ailleurs pas été proposé. 14 % des femmes avaient déjà eu un dépistage du V.I.H. et 1,4 % ont par contre refusé le test.

C. Connaissance des modes de contamination par le V.I.H. (tabl. 2)

Les femmes ont une bonne connaissance des modes de contamination scientifiquement admis. La voie sexuelle est le mode de transmission le mieux connu (94 %) devant l'injection intraveineuse de drogue (89,6 %) et la contamination en recevant du sang (87,4 %), les 2 derniers modes de contamination étant un peu mieux connus par les accouchées que par les femmes ayant subi une I.V.G. Les croyances dans des modes de contamination erronés (toilettes publiques, piqûre de moustique, don de sang) sont par contre encore largement répandues (plus de la moitié des cas dans les 2 groupes). Quant au risque de transmission materno-fœtale du virus, il est bien perçu par les 2 groupes (92,1 % pour les accouchées, 89,9 % pour les I.V.G.).

Tableau 2. — Connaissances sur la transmission du virus du SIDA en fonction des modes de terminaison de la grossesse (Prévagest P.A.C.A. — 30 mars au 26 avril 1992)

	Total (n = 3 465)	Accouchées (n = 2 745)	I.V.G. (n = 720)	p < (*)
	%	%	%	
Modes de transmission du V.I.H. (% de réponses exactes)				
Rapports sexuels	94	94,6	91,8	ns
Toilettes publiques	59,4	58	65	0,001
Boire dans le verre d'une personne contaminée	64,5	63,9	66,9	ns
Piqûre de moustique	54,7	55,5	51,5	ns
Donner du sang	52	52,3	50,7	ns
Recevoir du sang	87,4	88,2	84,2	0,05
Drogue IV	89,6	90,6	85,7	0,01
Hospitalisation dans le même service qu'une personne malade	70,2	69,9	71,1	ns
Connaissances des risques de transmission à l'enfant				
Oui	91,6	92,1	89,9	ns
Non/Ne sait pas	8,4	7,9	10,1	

(*) Après ajustement sur l'âge et le niveau d'études (régression logistique).

D. Comportements à risque

38,9 % des femmes qui ont subi une I.V.G. appartiennent à l'un des 4 groupes de transmission définis plus haut contre seulement 17,7 % des

accouchées [p < 0,001] (tabl. 3). La fréquentation de partenaires infectés ou à risque et le multipartenariat sexuel sont en particulier des comportements plus souvent retrouvés chez les femmes qui ont interrompu leur grossesse que chez les accouchées (respectivement 10,1 % et 22,2 % contre 5,6 % et 5,4 % [p < 0,001]). Les accouchées ayant des conduites à risque ne se considéraient pas plus exposées que les autres femmes et la fréquence déclarée des dépistages dont elles ont bénéficié, que ce soit avant ou pendant la grossesse, est identique à celle des femmes non exposées. 18 % d'entre elles affirment ne jamais avoir eu de test de dépistage du V.I.H. (contre 21,7 % [N.S.]). La situation est différente chez les femmes qui ont interrompu leur grossesse : 4,6 % de celles qui ont des conduites à risque estiment avoir un risque personnel supérieur à la moyenne (contre 1,9 % [p < 0,001]) et 42 % (contre 24,2 %) s'identifient au risque moyen. Elles déclarent par ailleurs avoir été plus souvent dépistées que les autres : 40,2 % d'entre elles n'ont jamais eu de dépistage contre 49,1 % des femmes non exposées (p < 0,05).

Tableau 3. — Risque de contamination par le V.I.H. en fonction des modes de terminaison de la grossesse (Prévagest P.A.C.A. — 30 mars au 26 avril 1992)

	Total (n = 3 465)		Accouchées (n = 2 745)		I.V.G. (n = 720)		p
	N	%	N	%	N	%	
Toxicomanes	21	0,6	14	0,5	7	1	0,12 *
Partenaires de sujets infectés ou à risques	228	6,6	155	5,6	73	10,1	< 0,001
<i>Dont ** :</i>							
— partenaires toxicomanes	42	1,2	32	1,2	10	1,4	0,62
— partenaires séropositifs	6	0,2	4	0,1	2	0,3	0,37 *
— partenaires originaires des Caraïbes ou d'Afrique sub-saharienne	132	3,8	86	3,1	46	6,5	< 0,001
— patientes originaires des Caraïbes ou d'Afrique sub-saharienne	103	3	67	2,5	36	5	< 0,001
Transfusés	211	6,1	171	6,2	40	5,6	0,5
Plusieurs partenaires	305	8,8	145	5,4	160	22,2	< 0,001
Appartient à un groupe à risque	765	22,1	485	17,7	280	38,8	< 0,001

* Test exact de Fischer
** À l'intérieur de ce groupe, le total des effectifs détaillés est supérieur au total du groupe, certaines femmes pouvant appartenir simultanément à plusieurs catégories.

E. Acceptabilité sociale du dépistage

Il était précisé dans le questionnaire remis aux femmes que le risque de transmission à l'enfant est actuellement estimé à environ 20 %. 72,1 % des accouchées et 62,6 % des femmes ayant subi une I.V.G. ont jugé ce risque très élevé (p < 0,001). Dans ces conditions, 71,1 % des femmes estiment qu'il faut proposer une I.V.G. à une femme séropositive, les femmes interrogées à l'occasion d'un avortement étant encore plus favorables à cette démarche que les accouchées (74,3 % contre 70,2 % [p < 0,02]). Enfin, 74,2 % des accouchées se prononcent pour un dépistage obligatoire du V.I.H. chez les femmes enceintes contre 67,1 % des femmes qui ont subi une I.V.G. (p < 0,001). 18,2 % de ces dernières sont plutôt en faveur d'un dépistage systématiquement proposé (contre 15,4 % des accouchées [p < 0,001]).

DISCUSSION

La confrontation de ces résultats avec ceux de l'enquête Prévagest menée dans les mêmes établissements sur les politiques de dépistage du V.I.H. pratiquées chez les femmes enceintes [2] montre tout d'abord que les déclarations des femmes sous-estiment la réalité du dépistage. En effet, à partir des politiques pratiquées, il apparaît que 70 à 90 % des accouchées et 40 % des femmes qui avortent bénéficient d'un dépistage au cours de leur grossesse. Les accouchées sont très largement dépistées et en majorité bien informées de la réalisation du test. Comme cela a déjà été mis en évidence dans d'autres enquêtes [3], le dépistage prénatal du V.I.H. bénéficie d'ailleurs d'une très bonne acceptabilité sociale et il existe un large consensus pour proposer l'I.V.G. aux femmes enceintes séropositives. La différence constatée entre la perception du dépistage et sa réalité est relativement faible dans la mesure où de nombreux dépistages réalisés avant la grossesse s'inscrivent directement dans un projet de grossesse. On doit cependant souligner que parmi les 21 % de femmes déclarant ne jamais avoir été dépistées, un tiers l'a été sans en avoir connaissance (accouchement dans un établissement pratiquant une politique de dépistage du V.I.H. systématique sans procédure systématique de consentement préalable). Il apparaît en outre que l'information concernant le dépistage est moindre pour les personnes socialement défavorisées, ceci étant peut-être partiellement lié au fait qu'elles consultent en majorité dans des structures hospitalières où le dépistage est très banalisé et le suivi non personnalisé.

La pratique du dépistage est largement moins répandue chez les femmes qui subissent une I.V.G. et, de plus, la différence entre la perception du dépistage par les femmes et sa réalité est plus nette. Parmi les trois quarts des femmes qui déclarent ne pas avoir eu de dépistage pendant qu'elles étaient enceintes, 19 % ont été dépistées à leur insu. Ceci est à rapprocher de la très grande fréquence de la non-communication des résultats des tests chez les femmes déclarant avoir eu un dépistage (19,6 % des cas). Ce constat souligne bien que l'enjeu actuel du dépistage des femmes interrompant leur grossesse est très éloigné d'un objectif de prévention et d'information et ne s'inscrit pas dans une volonté d'enrayer le processus épidémique. Cette situation est d'autant plus dommageable que les femmes qui avortent ont une moindre connaissance des modes de transmission du SIDA, que plus d'un tiers d'entre elles signalent des pratiques à risque (notamment partenaires à risque et multipartenariat sexuel), ce qui est en accord avec l'observation d'une séroprévalence plus forte dans cette population [1], et qu'elles font très peu obstacle au dépistage lorsqu'il leur est proposé.

Remerciements : Cette étude, financée par l'A.N.R.S., a pu être réalisée grâce à la collaboration active de tout le personnel médical, notamment des sages-femmes et infirmières des établissements publics et privés de la région P.A.C.A. ayant participé à l'enquête.

RÉFÉRENCES

- [1] Y. OBADIA, D. REY, C. PRADIER, I. DELOFFRE et al. – **Prévalence de l'infection V.I.H. chez les femmes enceintes de la région P.A.C.A.** – *B.E.H.* 1992; 47.
- [2] Y. OBADIA, D. REY, J.-P. MOATTI, C. PRADIER, E. COUTURIER, Y. BROSSARD, J.-B. BRUNET. – **H.I.V. prenatal screening in South-Eastern France : differences in seroprevalences and screening policies by pregnancy outcomes.** – *Aids Care*, vol. 6, n° 1, 1994 (à paraître).
- [3] J.-P. MOATTI, C. LE GALES, V. SEROR, E. PAPIERNIK, R. HENRION. – **Social acceptability of H.I.V. screening among pregnant women.** – *Aids Care*, vol. 2, n° 3, 1990.

ANNONCE

ÉCOLE D'ÉTÉ DE SANTÉ PUBLIQUE ET D'ÉPIDÉMIOLOGIE

20 JUIN AU 1^{er} JUILLET 1994

Responsable : A. SPIRA

A. Enseignement de base en épidémiologie et statistique

Enseignement à temps plein pendant 2 semaines du 20 juin au 1^{er} juillet 1994

M.-J. MAYAUX

B. Modules méthodologiques

Enseignement tous les matins du 20 juin au 1^{er} juillet 1994

1. *Perfectionnement en méthodes épidémiologiques et statistiques*

J. BOUYER

2. *Micro-informatique pour le traitement des données médicales et épidémiologiques – Applications sur logiciel EPI - INFO*

B. LARROQUE, B. DUCOT et A. MESSIAH

3. *La régression : principes statistiques et pratiques informatiques*

C. MASSOT et J. BOUYER

C. Modules spécialisés

Enseignement tous les après-midi du 20 juin au 1^{er} juillet 1994

1. *Bases méthodologiques des essais cliniques – Applications*

C. COM-NOUGUE et A. LAPLANCHE

2. *Reproduction humaine et santé publique : fertilité, contraception, sexualité*

J. de MOUZON, P. THONNEAU, G. LANDRIVON et R. ÉCOCHARD

3. *Méthodes économiques appliquées à la santé*

J.-L. LANOÉ et C. LE GALES

Ces enseignements sont suivis obligatoirement à plein temps pendant 2 semaines

Lieu : Faculté de médecine Paris-Sud de Bicêtre – 63, rue Gabriel-Péri, 94276 LE KREMLIN-BICÊTRE CEDEX

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS

(avant le 29 avril 1994), écrire à :

École d'été de santé publique et d'épidémiologie

INSERM U 292 – Hôpital de Bicêtre

78, rue du Général-Leclerc – 94275 LE KREMLIN-BICÊTRE CEDEX – FRANCE

Tél. : (1) 45 21 23 40 – FAX : (1) 45 21 20 75