

2.2 - Dépistage anonyme et gratuit du VIH

Rédigé par Stéphane Le Vu (s.levu@invs.sante.fr)

Les points clés

- **Durant ces dix dernières années, l'activité de dépistage anonyme du VIH a globalement augmenté et représente 315 000 sérologies réalisées en 2005, soit 6 % du total des sérologies réalisées en France.**
- **La répartition en âge des consultants a évolué vers un rajeunissement, avec en 2005 une moitié de moins de 25 ans.**
- **Les Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) accueillent une population plus exposée aux risques et ont vu augmenter récemment la part des immigrés originaires d'Afrique subsaharienne et celle des homosexuels.**
- **La proportion de sérologies positives s'est stabilisée à environ 5 pour mille, en prison comme hors prison, ce qui représente un taux deux fois supérieur à ce qui est retrouvé dans l'ensemble du dispositif de dépistage.**

2.2.1 INTRODUCTION

Les sites de dépistage volontaire et d'information concernant l'infection à VIH permettent aux personnes à risque de connaître leur statut sérologique, de recevoir des conseils de prévention et d'être orientées vers une prise en charge en cas de séropositivité. Parmi eux, les CDAG, par leurs conditions d'accès et leur répartition sur tout le territoire français, offrent le moyen le plus aisé pour réaliser un test, notamment aux personnes précarisées ou vulnérables aux risques.

Les CDAG constituent un outil original dans la lutte contre la transmission du VIH. Elles ont été conçues à la fin des années quatre-vingts 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. Ces objectifs initiaux, très centrés sur le counselling préventif, ont guidé leur implantation dissociée des structures de prise en charge de l'infection. Les avancées thérapeutiques des années quatre-vingt-dix ont permis de rajouter à ces missions la prise en charge précoce des expositions aux risques et le renforcement du lien avec la prise en charge et le traitement pour les personnes dépistées positives [1].

L'Institut de veille sanitaire (InVS) analyse les bilans trimestriels d'activité des CDAG et recense le nombre de consultations, le nombre de tests prescrits, le nombre de tests positifs et la répartition par tranche d'âge et par sexe des consultants testés.

Pour compléter la description des personnes recourant au dépistage anonyme et gratuit, l'InVS a mené trois enquêtes transversales en 1999, 2000 et 2004. Elles ont permis de caractériser le profil de ces consultants et leurs motivations à réaliser une sérologie VIH dans ce cadre.

La surveillance épidémiologique du dépistage anonyme et gratuit du VIH repose donc sur ces deux sources de données - activité annuelle des centres et enquêtes descriptives transversales.

Repères chronologiques

Pour offrir une alternative au recours aux centres de transfusion sanguine qui fournissent un test gratuit et sans justification d'identité dès 1985, **la loi du 30 juillet 1987** prévoit que "dans chaque département, le représentant de l'État désigne au moins une consultation destinée à effectuer de façon anonyme et gratuite le dépistage de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)".

La circulaire du 20 janvier 1988 expose les fonctions des CDAG dans le dispositif de lutte contre l'infection par le VIH : accueil et information, examen médical et biologique, orientation... sans suivi des personnes trouvées positives. Ces objectifs s'inscrivent dans le cadre d'une politique de responsabilisation basée, sur l'information d'une part, le dépistage volontaire d'autre part. Un numéro d'anonymat est attribué à l'intéressé et le résultat est remis à sa seule demande au cours d'un entretien avec un médecin.

Les décrets du 17 juillet et 6 août 1992 complétés par **la circulaire du 29 janvier 1993** étendent le dispositif (gratuit mais non systématiquement anonyme) aux Dispensaires antivénériens (DAV) non désignés comme CDAG, aux consultations prénuptiales, prénatales et postnatales de protection maternelle et infantile (PMI), puis aux Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF).

La circulaire du 29 janvier 1993 prévoit que les CDAG interviennent systématiquement dans les établissements pénitentiaires selon les mêmes conditions qu'en milieu libre.

La circulaire du 9 juillet 1998 définit de nouveaux objectifs en raison de la transformation des stratégies thérapeutiques et des modifications des possibilités diagnostiques :

- permettre une prise en charge précoce après exposition aux risques ;
- rendre le dispositif visible pour tous en diffusant des informations destinées au public ;
- faciliter l'accès au dépistage pour les personnes précarisées et les personnes vulnérables aux risques ;
- renforcer la prévention en aidant les consultants à définir une stratégie personnelle de prévention ;
- renforcer le lien entre dépistage et prise en charge.

Enfin, la compétence des consultations de dépistage du VIH est étendue au dépistage du virus de l'hépatite C, puis au dépistage et à la prévention du virus de l'hépatite B.

2.2.2 ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ DES CDAG JUSQU'EN 2005

On ne parlera ici que des CDAG désignées par le préfet au sens du décret de 1988 et non de l'ensemble du dispositif de dépistage gratuit (CPEF, PMI, DAV réalisant des dépistages non anonymes).

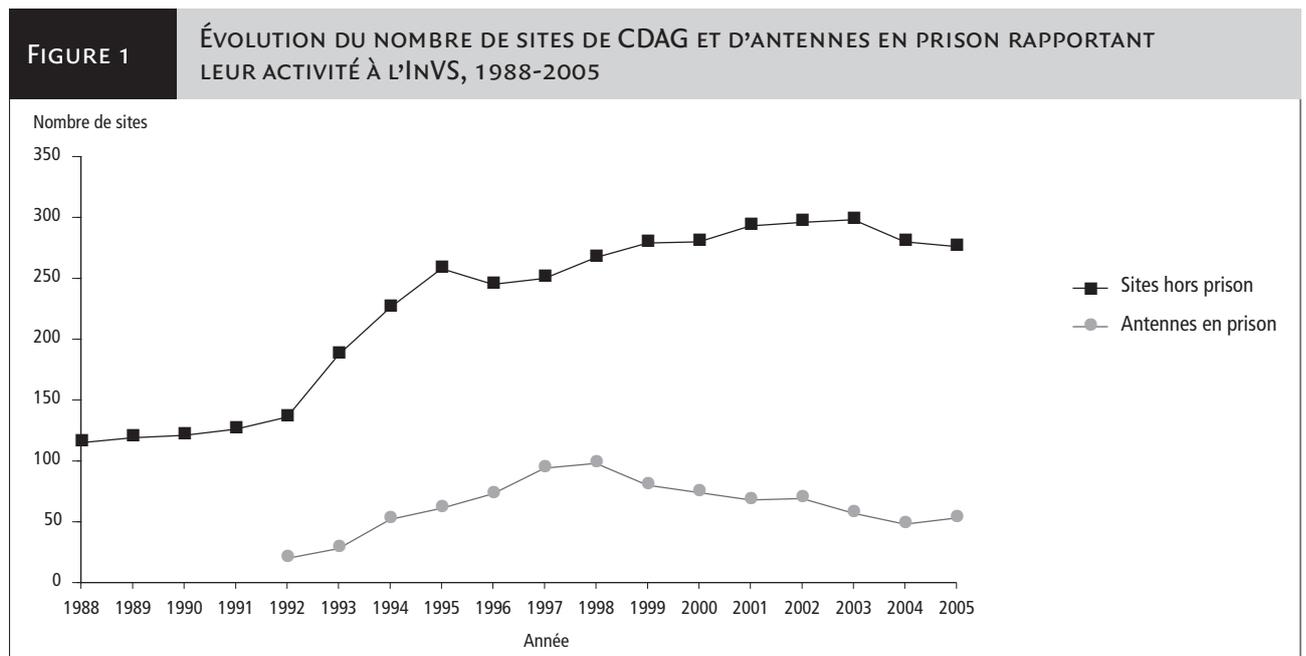
2.2.2.1 Le nombre de CDAG

Il est difficile de connaître le nombre de CDAG en activité au cours d'une année donnée parce qu'aucun référencement annuel n'est fait

et parce que ce nombre fluctue au gré des ouvertures et fermetures des consultations. Au niveau de l'InVS, ce sont les bilans d'activité transmis qui permettent de mesurer le nombre de CDAG en activité.

Le nombre de CDAG a fortement augmenté jusqu'en 1995 et se situait entre 245 et 300 consultations de 1996 à 2005. En 2005, le nombre était de 276.

En milieu carcéral, le nombre d'antennes de CDAG a augmenté depuis leur création en 1992 pour atteindre 98 sites en 1998. Depuis, il a diminué à 53 antennes en 2005.



2.2.2.2 La fréquentation des CDAG

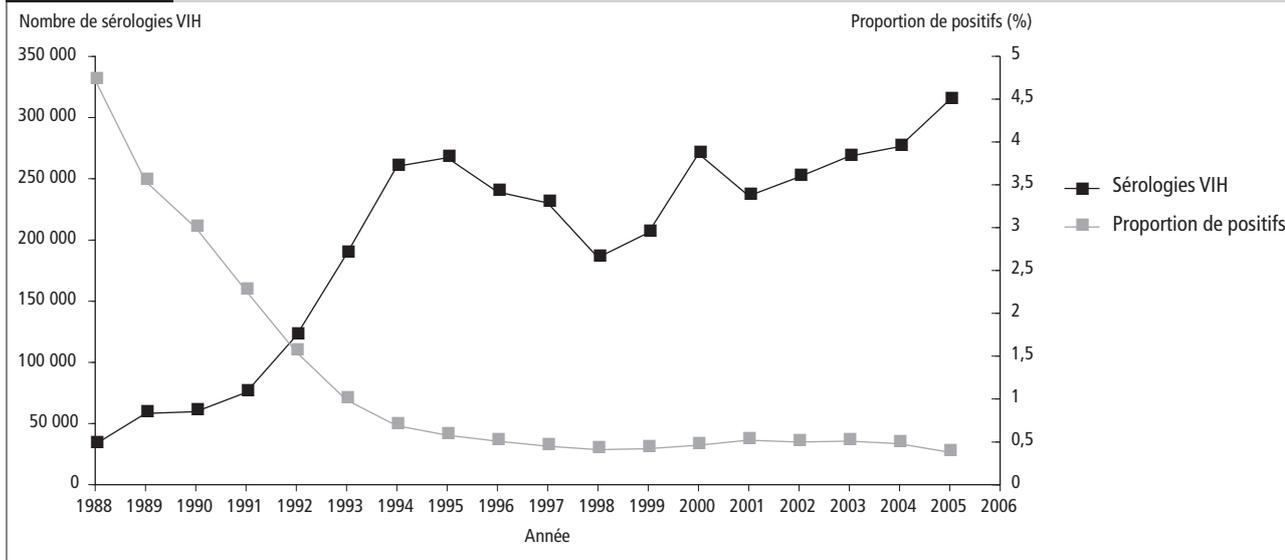
L'activité de dépistage anonyme et gratuit du VIH s'est considérablement développée depuis la création des CDAG en 1988 et au fur et à mesure de leur implantation.

En 1996, les 245 CDAG existantes avaient accueilli 255 859 personnes (pas forcément différentes) et 240 588 sérologies VIH avaient été réalisées.

Depuis, ce nombre de sérologies réalisées a globalement augmenté en moyenne de 4 % par an, mais avec une période de baisse amorcée depuis 1995 qui s'est prolongée jusqu'en 1998, puis une hausse jusqu'en 2005. En 2005, le nombre de sérologies réalisées atteignait environ 315 000.

FIGURE 2

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE SÉROLOGIES VIH RÉALISÉES ET DE LA PROPORTION DE SÉROLOGIES POSITIVES EN CDAG HORS PRISON, 1988-2005



2.2.2.3 Les sérologies positives

À leur création en 1988, les CDAG dépistaient un nombre important de séropositivités (2 067 en 1989). Ce nombre a diminué jusqu'en 1996 et est resté relativement stable depuis, autour de 1 200 séropositivités par an. Sensiblement, le même nombre de sérologies positives a été retrouvé en 2005 (1 197) et en 1996 (1 209).

La proportion de sérologies positives parmi les sérologies réalisées permet de comparer les types de consultants, les consultations ou les

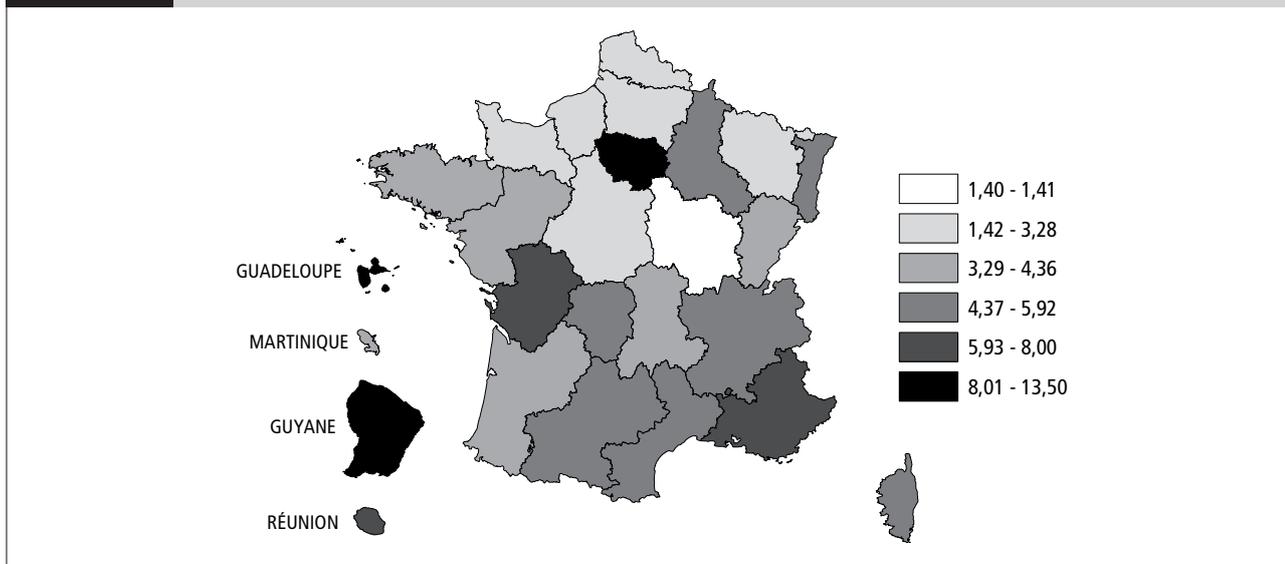
régions relativement au volume de sérologies réalisées. Cette proportion a été en moyenne de 4,7 ‰ entre 1996 et 2005 avec un minimum de 3,8 ‰ (en 1998 et 2005) et un maximum de 5,2 ‰ (en 1996, 1997 et 2001) (figure 2).

2.2.2.4 Des différences régionales

Les bilans d'activité annuelle des CDAG permettent d'observer des différences régionales dans les nombres de sérologies VIH réalisées et les proportions de sérologies positives retrouvées.

FIGURE 3

NOMBRE DE SÉROLOGIES RÉALISÉES EN CDAG PAR RÉGION POUR 1 000 HABITANTS DE 20 À 59 ANS, HORS PRISON EN 2005

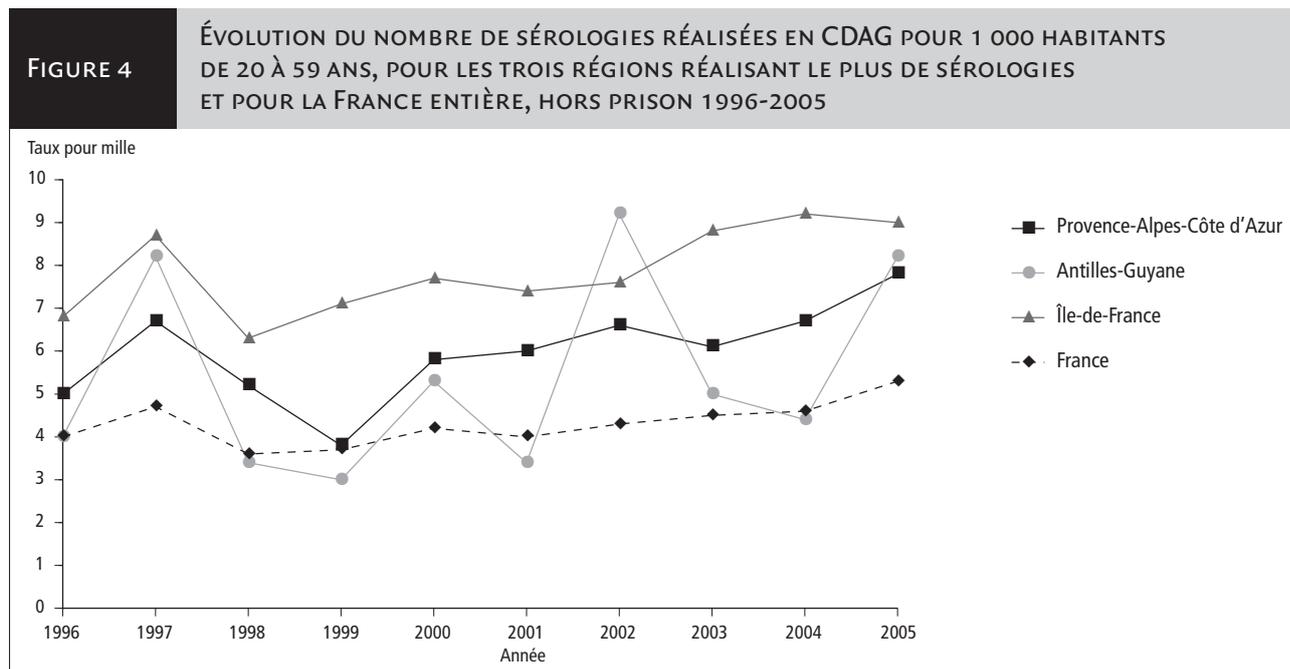


En effet, en 2005, le nombre de sérologies VIH réalisées en CDAG rapporté à la population des 20-59 ans peut varier d'un facteur 10 d'une région à l'autre (figure 3). Les régions du Nord de la France, depuis la Basse-Normandie jusqu'au Nord-Pas-de-Calais, le Centre, la Bourgogne et la Lorraine réalisent moins de sérologies VIH en CDAG

(1,4 à 3,2 ‰). L'Île-de-France (IDF, 8,9 ‰), le Poitou-Charentes (6,0 ‰), les régions méditerranéennes, sauf la Corse, et les Départements d'outre-mer (DOM), sauf la Martinique, ont des nombres de sérologies plus élevés rapportés à la population.

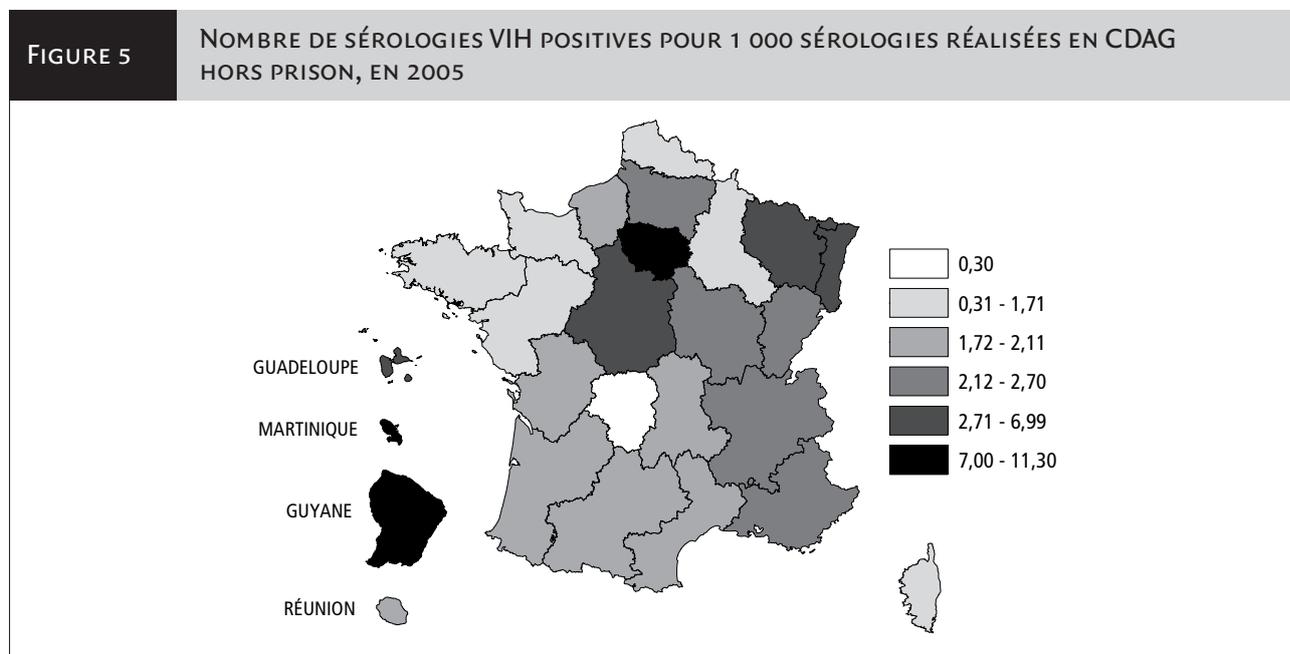
Ces disparités régionales sont restées relativement constantes entre 1996 et 2005. Ce sont en IDF, en Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA)

et dans les Départements français d'Amérique (DFA) que les plus grands nombres de sérologies ont été réalisés (figure 4).



Le nombre de sérologies retrouvées positives en CDAG rapporté au nombre de sérologies réalisées est également très contrasté en fonction des régions. Le rapport de grandeur entre les proportions de positifs peut également varier de 1 à 10 (figure 5).

Ainsi, en 2005, l'IDF (7,0 ‰) et les DFA (6,9 à 11,3 ‰) ont les proportions les plus fortes par rapport au reste de la France (2,1 ‰).

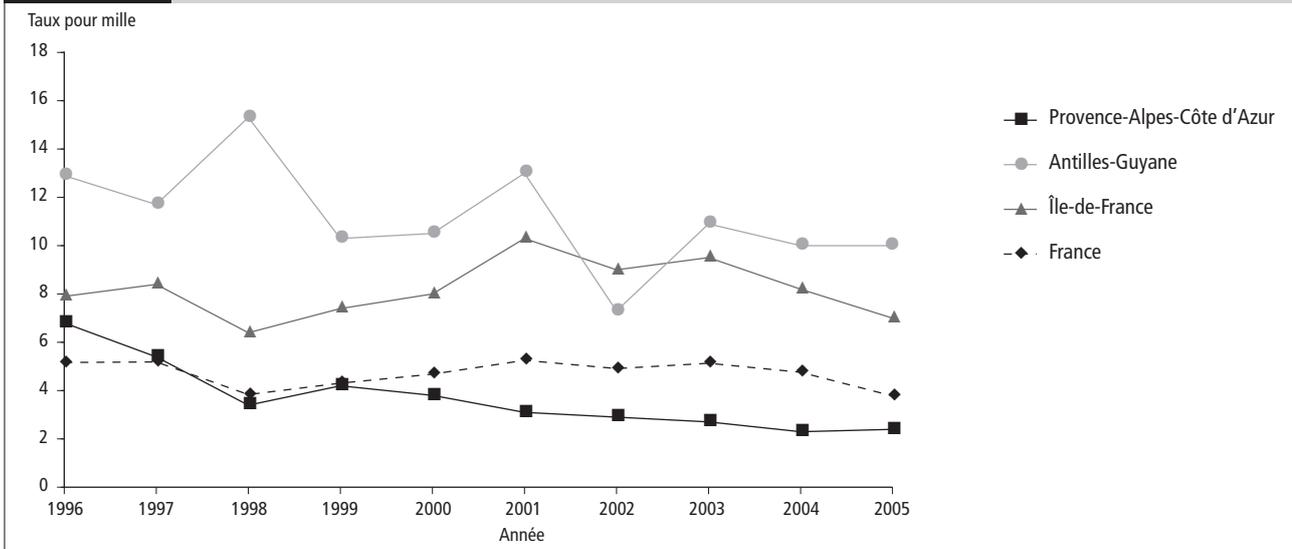


Ces disparités régionales sont restées relativement constantes entre 1996 et 2005 situant l'IDF et les DFA comme les régions les plus touchées durant toute la période. La région PACA, qui présentait de

fortes proportions de sérologies positives au début des années quatre-vingt-dix, a ensuite vu cette proportion diminuer sous la moyenne nationale (figure 6).

FIGURE 6

ÉVOLUTION DE LA PROPORTION DE SÉROLOGIES POSITIVES PARMIS LES SÉROLOGIES RÉALISÉES EN CDAG, POUR LES TROIS RÉGIONS RÉALISANT LE PLUS DE SÉROLOGIES ET POUR LA FRANCE ENTIÈRE, HORS PRISON 1996-2005



2.2.2.5 Consultants par âge et sexe

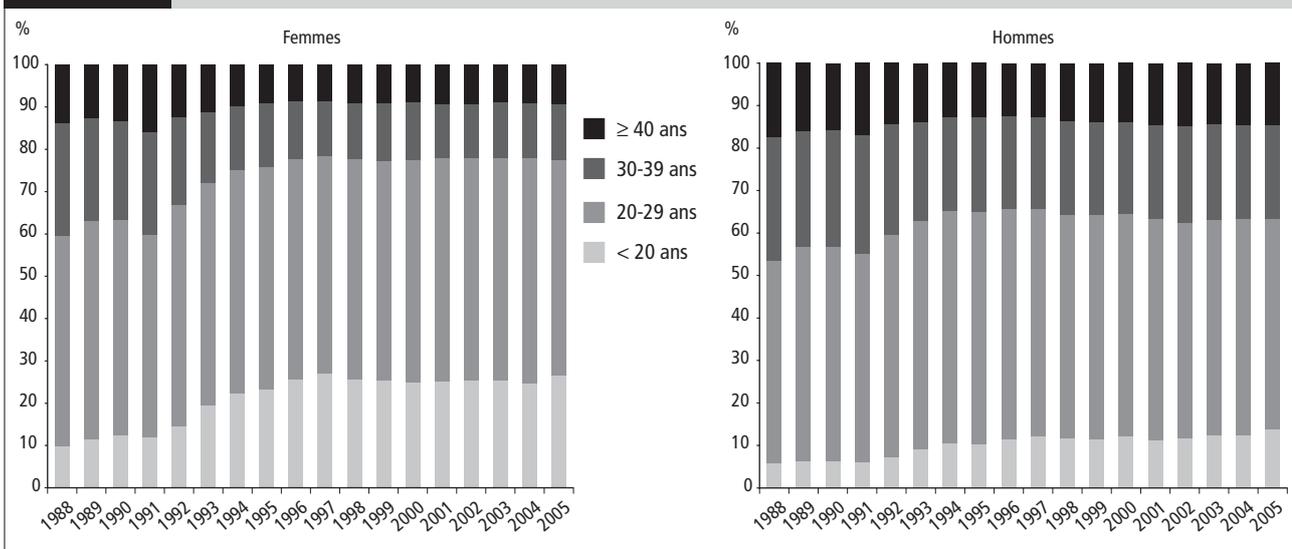
En termes de fréquentation, la classe d'âge prépondérante parmi les consultants des CDAG est celle des 20-29 ans. Pour les femmes comme pour les hommes, ils représentent la moitié des consultants de manière constante de 1988 à 2005 (figure 7). La répartition en âge des consultants testés pour le VIH a évolué vers un rajeunissement, avec une augmentation de la part des moins de 20 ans aux dépens des

plus de 30 ans. Ceci est particulièrement accentué chez les femmes de moins de 20 ans qui représentaient 10 % des consultantes en 1988 contre 27 % en 2005 (6 % contre 14 % chez les hommes).

Quel que soit l'âge, les sérologies VIH réalisées concernent plus souvent des hommes que des femmes (54 % vs 46 % en 2005). La proportion de femmes parmi les consultants avait fortement augmenté entre 1988 (36 %) et 1996 (46 %), mais est restée constante de 1996 à 2005.

FIGURE 7

RÉPARTITION EN CLASSES D'ÂGE DES SÉROLOGIES RÉALISÉES EN CDAG HORS PRISON SELON LE SEXE, 1988-2005

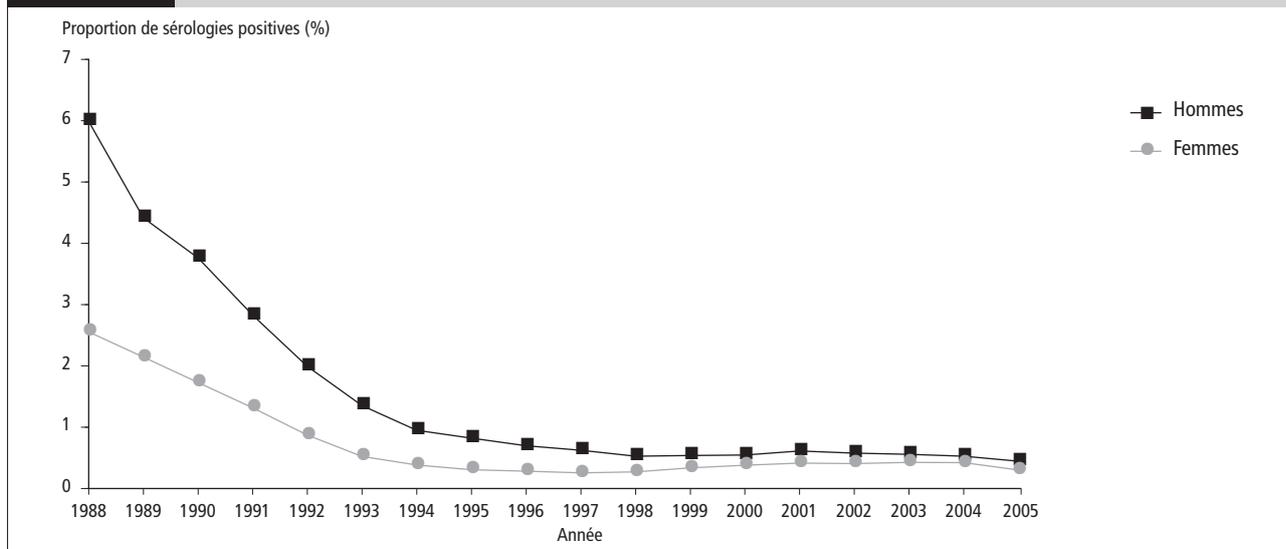


En termes de tests VIH positifs, les hommes ont toujours eu une proportion de tests positifs supérieure à celle des femmes, mais la différence s'est considérablement réduite au cours des années (figure 8). Cette proportion a connu une augmentation de 1996 à 2004 chez les femmes, même si le résultat pour 2005 semble contredire cette tendance. La part des sérologies entreprises par des femmes parmi

les sérologies positives a nettement augmenté entre 1997 et 2000. Elle était de 25,7 % en 1996 et atteint 36,5 % en 2005. Si la tendance est la même, cette part des femmes parmi les positifs reste cependant légèrement inférieure en CDAG à ce qui est retrouvé jusqu'en 2002 dans l'ensemble du dépistage (42 % en 2002, cf. chapitre 2.1), et depuis 2003 dans la notification obligatoire (38 % en 2005, cf. chapitre 1.1).

FIGURE 8

PROPORTION DE SÉROLOGIES POSITIVES EN CDAG SELON LE SEXE, HORS PRISON 1988-2005

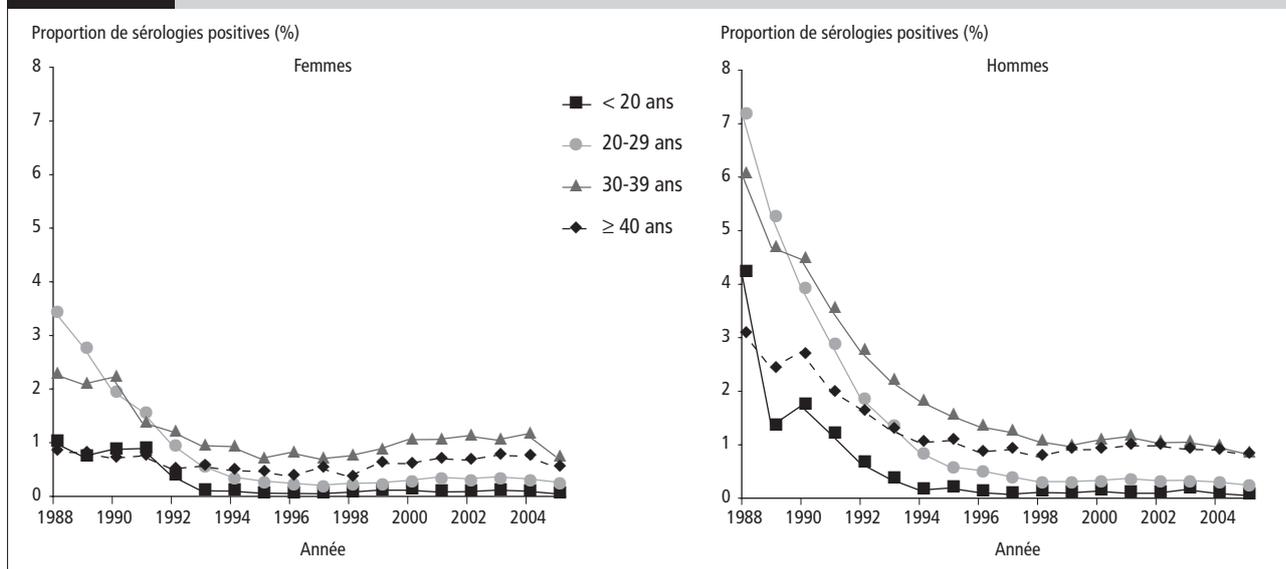


Les personnes de 30 à 39 ans présentent la plus forte proportion de sérologies positives ces dix dernières années. Mais la différence avec les plus de 40 ans s'estompe et le nombre de positifs ayant moins de 20 ans est en diminution depuis 1996, ce qui indique un vieillissement de la population séropositive (figure 9). Cette tendance concorde avec le vieillissement constaté dans l'ensemble du dépistage (cf. chapitre 2.1).

Les femmes retrouvées positives sont en moyenne plus jeunes que les hommes (une moitié des femmes positives a moins de 30 ans contre environ 30 % chez les hommes) mais, pour les deux sexes, de plus en plus de positifs appartiennent à la classe des plus de 40 ans.

FIGURE 9

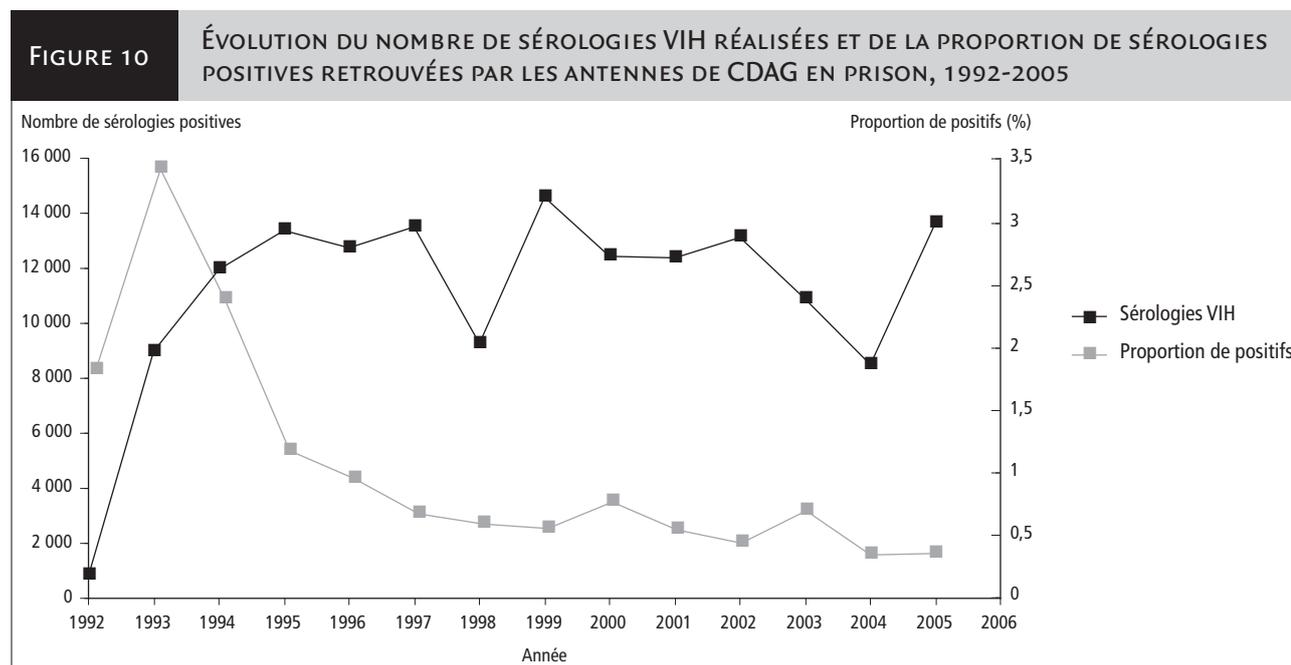
PROPORTION DE SÉROLOGIES POSITIVES EN CDAG SELON LE SEXE PAR CLASSES D'ÂGE, HORS PRISON 1988-2005



2.2.2.6 Antennes de CDAG en prison

Comme pour l'activité en milieu libre, les antennes de CDAG en prison ont vu leur nombre de sérologies réalisées augmenter alors que la

proportion de sérologies positives a diminué (figure 10). Au cours de la période 1996-2005, 12 000 sérologies ont été réalisées en moyenne par an et 5,0 ‰ d'entre elles ont été retrouvées positives. Cette proportion est ainsi du même ordre de grandeur qu'en milieu libre.



2.2.2.7 La part des CDAG dans le dispositif de dépistage

D'après l'activité des laboratoires rapportée par l'enquête LaboVIH, il est possible de situer l'activité des CDAG par rapport à l'ensemble du dépistage en France. La part des sérologies réalisées en CDAG a peu varié entre 1996 et 2005 et se situe en moyenne à 6,0 ‰ des sérologies réalisées en France.

Durant la même période, une moyenne de 11,4 ‰ des sérologies positives étaient retrouvées dans le cadre du dépistage anonyme et gratuit.

2.2.3 PROFIL DES CONSULTANTS D'APRÈS LES ENQUÊTES TRANSVERSALES EN 2000 ET 2004

L'enquête 2004 s'est déroulée de façon similaire à celle de 2000 [2,3]. La comparaison des principales caractéristiques des répondants lors des deux enquêtes peut donner des éléments de la constance ou de l'évolution du profil des consultants de CDAG.

Globalement, on constate au travers des deux enquêtes, que la population des CDAG est particulièrement jeune, la moitié ayant moins de 25 ans. Cette population déclare plus de comportements sexuels à risque (multipartenariat et usage non systématique du préservatif) que la population générale. Les consultants se perçoivent eux-mêmes plus à risque que la moyenne et sont plus touchés par les hépatites B et C que le reste de la population.

On note également que le risque de contamination par voie intraveineuse est très peu représenté parmi les consultants des CDAG.

Ces enquêtes ont particulièrement identifié deux profils de consultants se différenciant par leur motif de recours au test : celui de consultants souhaitant poursuivre une relation stable sans utiliser de préservatifs et celui de consultants venant dans un contexte plus précisément à risque, notamment suite à une relation sexuelle potentiellement contaminante.

La comparaison des enquêtes en CDAG de 2000 et 2004 montre que les proportions d'étrangers et d'hommes déclarant des relations homosexuelles ont augmenté entre les deux périodes. La proportion d'homosexuels parmi les hommes participants a ainsi augmenté de 12 à 15 ‰ entre 2000 et 2004. Quant à la proportion d'étrangers, elle était de 5,3 ‰ en 2000 vs 9,8 ‰ en 2004. Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne représentaient notamment 4,5 ‰ des consultants en 2004, ce qui représente une augmentation de 66 ‰ par rapport à l'enquête de 2000.

Les prévalences de dépistages positifs retrouvées dans l'enquête de 2004 selon les catégories de consultants sont résumées dans le tableau 1. La plus forte prévalence est retrouvée parmi les consultants immigrés (2,61 ‰) et particulièrement chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne (4,78 ‰). Les femmes présentent une proportion de dépistages positifs supérieure à celle des hommes mais la différence n'est pas significative. Par contre, la prévalence retrouvée parmi les hommes homosexuels (1,58 ‰) est significativement supérieure à celle des hommes hétérosexuels (0,19 ‰). Globalement, la prévalence mesurée dans l'enquête (0,51 ‰) est similaire à celle mesurée par l'activité annuelle des CDAG durant la même année 2004 (0,48 ‰).

TABLEAU 1

PRÉVALENCE DES DÉPISTAGES VIH POSITIFS, ENQUÊTE "PROFIL DES CONSULTANTS DE CDAG, 2004"

Catégorie de consultants	Nombre	Prévalence	IC95 %
Hommes	2 588	0,43 %	0,17-0,68
<i>dont</i> homosexuels ou bisexuels	444	1,58 %	0,42-2,74
hétérosexuels	2 078	0,19 %	0-0,38
Femmes	2 229	0,58 %	0,27-0,90
Immigrés	536	2,61 %	1,26-3,96
<i>dont</i> originaires d'Afrique subsaharienne	209	4,78 %	1,89-7,68
autres origines	321	0,93 %	0-1,99
Nés français ou nés en France	4 245	0,24 %	0,09-0,38
Total	4 912	0,51 %	0,31-0,71

2.2.4 DISCUSSION

Durant ces dix dernières années, l'activité de dépistage anonyme du VIH a globalement augmenté et représente 315 000 sérologies réalisées en 2005. Au cours de la même période, la proportion de sérologies positives s'est stabilisée à environ 5 %, en prison comme au dehors. Cette proportion est ainsi dans le dispositif de dépistage anonyme deux fois supérieure à ce qui est retrouvé par le reste du dépistage du VIH en France.

Les disparités entre régions ont été constatées durant toute la période et sont similaires à celles retrouvées par l'activité des laboratoires d'analyse : l'IDF, les DFA et la région PACA réalisent le plus de tests rapportés au nombre d'habitants et c'est seulement dans les deux premières régions que sont retrouvées le plus de sérologies positives.

Les enquêtes ne permettent pas d'évaluer l'efficacité du dispositif mais fournissent une description très informative de la population recourant aux CDAG. Elles révèlent un certain nombre de points positifs : les CDAG accueillent bien une population plus exposée aux risques et ont vu augmenter récemment la part des immigrants originaires d'Afrique subsaharienne et celle des homosexuels.

L'enquête de 2004 a montré que, pour les consultants originaires d'Afrique subsaharienne, il y avait une plus grande difficulté à situer le niveau de risque ou à affirmer une prise de risque et, d'autre part, que, pour cette catégorie de patients, l'initiative du test en CDAG provenait plus souvent d'un médecin ou d'une administration. Ceci traduit peut-être une moindre appropriation de la démarche volontaire de dépistage dans cette population. Compte tenu de l'importance de l'épidémie parmi les migrants originaires d'Afrique subsaharienne

(cf. chapitre 4.3), il est à espérer que les CDAG sont aujourd'hui mieux connues de cette population, grâce aux campagnes d'incitation des pouvoirs publics et à l'orientation faite par les associations promouvant la santé des personnes étrangères en France.

En regard de la mission des CDAG, ces deux évolutions dans le profil des consultants sont encourageantes puisque ce sont dans ces deux catégories de consultants que les séropositivités sont le plus souvent retrouvées.

En effet, dans l'enquête de 2004, la prévalence des dépistages positifs était globalement de 0,5 % et plus importante parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne (4,8 %) et les hommes ayant des relations homo ou bisexuelles (1,6 %) [4].

En parallèle, les CDAG accueillent des personnes qui pour moitié ont moins de 25 ans, population qui semble avoir adopté les messages de prévention inscrivant le recours au test VIH lors des changements de modes de vie.

On retrouve les deux volets de la mission initiale des CDAG [5] : permettre d'inclure le dépistage dans une stratégie de prévention notamment aux jeunes et dépister parmi les populations les plus susceptibles d'être infectées pour orienter les séropositifs vers la prise en charge et les traitements.

Nous tenons à remercier Pascal Gouëzel qui a coordonné pour le RNSP, puis l'InVS, la surveillance de l'activité de dépistage anonyme et gratuit de 1996 à 2002.

Depuis 1988, les CDAG adressent chaque trimestre un bilan d'activité aux médecins inspecteurs de santé publique des Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (Ddass). Les bilans trimestriels étaient transmis à l'InVS jusqu'en 2003 et, à partir de 2004, l'InVS est devenu destinataire d'un bilan annuel directement adressé par les CDAG.

L'InVS analyse les bilans d'activité des CDAG et recense par année le nombre de consultations, le nombre de tests prescrits, le nombre de tests positifs et la répartition par tranche d'âge et par sexe des consultants testés. Les bilans ne comportent pas d'information sur les prises de risque et les doublons ne peuvent pas être repérés en raison de l'absence d'identification (puisque un même individu peut avoir réalisé plusieurs tests une même année, le nombre de sérologies est une limite supérieure du nombre de consultants).

Pour compléter la description des personnes recourant au dépistage anonyme et gratuit, trois enquêtes transversales ont été menées en 1999, 2000 et 2004. Pour comparer les résultats chiffrés, seules les deux dernières enquêtes, partageant sensiblement le même questionnaire, ont été utilisées.

Ces enquêtes anonymes ont été réalisées durant une semaine dans l'ensemble des CDAG de France, métropole et DOM compris. Elles concernaient toute personne sollicitant un test ou une information dans ces consultations et, au travers d'un questionnaire similaire, exploraient : (1) les caractéristiques sociodémographiques des consultants, (2) leurs antécédents de dépistage, (3) leurs circonstances et motifs de demande du test, (4) l'orientation sexuelle et la prise de risque vis-à-vis du VIH et (5) la décision médicale avec la prescription des tests et leur résultat.

■ RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Bouvet E, Le Vu S. Les CDAG et la prise en charge de l'infection par le VIH. *Med Sci (Paris)* 2004;20(12):1145-8.
- [2] Brouard C. Consultations de dépistage anonyme et gratuit du VIH. Enquête épidémiologique nationale, octobre 2000. Mémoire de DESS de statistiques et méthodologie en recherche biomédicale, Université Paris XI. Institut de veille sanitaire, 2001.
- [3] Le Vu S, Semaille C. Dépistage anonyme et gratuit du VIH. Profil des consultants de CDAG en 2004 - Enquête épidémiologique transversale. Institut de veille sanitaire, 2006.
- [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] Vernazza-Licht N, Boiron F. Les Centres de dépistage anonyme et gratuit, bout de chaîne et premier maillon dans le dispositif de prévention et de lutte contre le sida. Le dépistage du VIH. Politiques et pratiques. Agence nationale de recherches sur le sida, 1996. p. 87-98.