

Connaissances et pratiques liées au dépistage du VIH

STÉPHANE LE VU

INTRODUCTION

La question du dépistage du VIH des populations originaires d'Afrique subsaharienne vivant en France a été posée, en termes épidémiologiques, 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]. Après que les multithérapies puissantes eurent été introduites en 1996, et alors que le nombre de cas de sida déclarés en France amorçait une nette diminution, on observait une diminution moindre et ensuite une augmentation (1999) des cas de sida chez les étrangers de pays d'Afrique subsaharienne vivant en France. 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 de ces personnes ignorant leur séropositivité au moment du diagnostic de sida s'élevait à

70 %, signe d'un déficit ou d'un retard dans le dépistage [2]. Ce dernier chiffre est, depuis, en diminution par rapport aux années précédentes (en 2005, 55 % de personnes diagnostiquées au stade sida ignoraient leur séropositivité). Cette tendance traduit peut-être une plus grande précocité du dépistage qu'auparavant auprès de cette population [3].

À partir de ces constats épidémiologiques, des actions spécifiques d'incitation au dépistage à destination des étrangers, notamment d'Afrique subsaharienne, ont été réalisées à partir de 2002 [4]. Pour autant, les données concernant les caractéristiques du dépistage des personnes originaires d'Afrique subsaharienne et vivant en France sont quasi inexistantes.

La relation des populations originaires d'Afrique subsaharienne au dépistage du VIH est décrite dans cette enquête par : (a) la connaissance des modalités du test de dépistage, et celle des consultations de

dépistage anonyme et gratuit; (b) l'opinion sur l'accès au résultat d'un test positif à différentes personnes et (c) la pratique de tests de dépistage au travers du recours au cours

de la vie, les raisons et le lieu du dernier test et, finalement, le motif pour ne pas avoir réalisé de test au cours de la vie.

RÉSULTATS

CONNAISSANCES SUR LE DÉPISTAGE DU VIH

Les connaissances sur le dépistage du VIH ont été mesurées par le biais de deux questions, l'une proposant de désigner trois modalités d'examen permettant ou non de diagnostiquer une séropositivité, l'autre évaluant la connaissance du dispositif de consultations de dépistage anonyme et gratuit.

Près d'un quart des enquêtés ne savent pas si une analyse d'urine permet le dépistage du VIH

La quasi-totalité des répondants (98,3 %) savent que le dépistage du VIH requiert une analyse de sang [figure 1]. Une grande majorité d'entre eux (88,9 %) savent également qu'une radiographie ne permet pas le dépistage, mais les pourcentages de

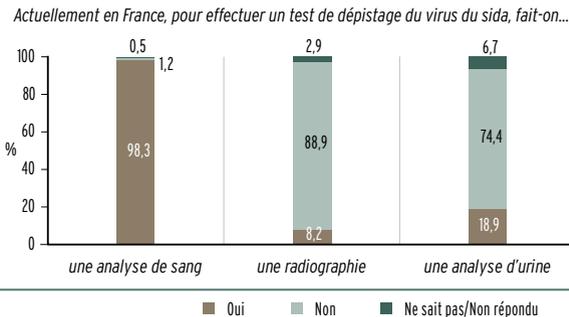
mauvaises réponses (8,2 %) ou de non-réponses (2,9 %) sont plus importants pour cette modalité. Enfin, la connaissance la moins maîtrisée porte sur l'analyse d'urine. Près d'un quart (25,6 %) des répondants se trompent ou ne savent pas si cette analyse permet ou non un dépistage du VIH.

En considérant toutes les modalités proposées, 71,0 % des répondants ont une connaissance exacte du déroulement d'un test de dépistage du VIH (examen sanguin et non radiologique ou urinaire), alors que 29,0 % se trompent d'une façon ou d'une autre. Les niveaux de connaissance sur les modalités du dépistage ne varient pas significativement selon le sexe.

Une analyse multivariée stratifiée sur le sexe montre, parmi les déterminants d'une connaissance exacte du déroulement du test, l'importance du niveau d'études – 78,1 % des personnes ayant atteint un niveau supérieur

FIGURE 1

Répartition des personnes interrogées sur leur connaissance des modalités d'un test de dépistage du VIH



au baccalauréat connaissent le déroulement du test, contre 63,3 % chez celles ayant un niveau d'études inférieur ($p < 0,001$) – et de la maîtrise de la connaissance des modes de transmission du VIH [tableau I]. La connaissance de la nature du test est également liée au niveau de couverture sociale : tous sexes confondus, les personnes sans aucune couverture sociale connaissent moins bien la nature du test (54,8 % vs 72,1 % de bonne connaissance pour les personnes ayant au moins la Sécurité sociale; $p = 0,005$). En distinguant par sexe, on n'observe un déficit significatif dans cette connaissance que pour les femmes sans couverture sociale [tableau I]. Logiquement, la réalisation d'au moins un test au cours de la vie améliore le niveau de connaissance : 74,3 % des personnes ayant déjà réalisé un test en connaissent les modalités, contre

65,0 % chez celles n'en ayant jamais réalisé ($p < 0,001$). La relation est significative parmi les femmes et juste proche de la significativité pour les hommes [tableau I].

Près de la moitié des personnes sans couverture sociale ne connaissent pas les consultations de dépistage anonyme et gratuit

La plupart des répondants (71,7 %) ont déjà entendu parler des consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG). Les hommes sont un peu plus nombreux à déclarer connaître ces structures que les femmes (74,7 % vs 70,3 %; $p = 0,049$). Par contre, le niveau de connaissance ne diffère pas selon l'âge.

L'analyse multivariée des facteurs liés à la non-connaissance des CDAG montre

TABLEAU I

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la connaissance exacte du déroulement du test de dépistage VIH, par sexe

	Hommes (n=892)			Femmes (n=966)		
	n	OR ajusté	IC à 95 %	n	OR ajusté	IC à 95 %
Âge						
18-29 ans	422	1		531	1	
30-39 ans	318	1,0	0,7-1,4	297	0,7*	0,5-0,9
40-49 ans	152	1,1	0,7-1,7	138	0,6*	0,4-0,9
Couverture sociale						
Sécurité sociale avec mutuelle	507	1		613	1	
Sécurité sociale sans mutuelle	307	0,7	0,5-1,0	301	1,1	0,8-1,5
Aucune couverture sociale	78	0,7	0,4-1,2	52	0,4***	0,2-0,6
Niveau d'études						
Inférieur au baccalauréat	384	1		484	1	
Supérieur au baccalauréat	508	1,9***	1,4-2,7	482	1,5*	1,1-1,9
Dépistage du VIH au cours de la vie						
Aucun	332	1		333	1	
Au moins un	560	1,3	0,9-1,8	633	1,9***	1,4-2,6
Connaissance des modes de transmission						
Moyenne	446	1		456	1	
Complète	225	1,6*	1,1-2,5	191	2,4***	1,5-3,8
Mauvaise	221	0,4***	0,3-0,5	319	0,8	0,6-1,1

* : $p < 0,05$; *** : $p < 0,001$.

que, en plus du fait d'être une femme, les déterminants les plus importants sont le faible niveau de couverture sociale et, indépendamment, la précarité de la situation administrative [tableau II]. En effet, plus de la moitié (50,8 %) des personnes sans couverture sociale ne connaissent pas les CDAG contre 33,9 % des bénéficiaires de la Sécurité sociale seule et 21,5 % des personnes bénéficiant d'une mutuelle en plus de la Sécurité sociale ($p < 0,001$). Chez les femmes, la nationalité étrangère est aussi significativement associée à la non-connaissance des CDAG (35,5 % vs 18,3 % pour les femmes de nationalité française; $p < 0,001$). Les femmes dans les situations administra-

tives les plus fragiles (autorisation provisoire ou sans titre) sont celles qui connaissent le moins bien les CDAG [tableau II]. Indépendamment de la nationalité, le fait de parler une autre langue que le français en famille est associé à une moindre connaissance des CDAG (21,0 % des personnes parlant le français en famille ignorent leur existence, contre 34,4 % de celles parlant une autre langue; $p < 0,001$). On peut également noter que la situation matrimoniale interagit différemment selon le sexe avec la connaissance des CDAG. Les hommes non en couple connaissent moins fréquemment les CDAG (63,0 % vs 79,8 % pour les hommes en couple; $p < 0,001$), alors que,

TABLEAU II

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la non-connaissance des CDAG, par sexe

	Hommes (n=835)			Femmes (n=904)		
	n	OR ajusté	IC à 95 %	n	OR ajusté	IC à 95 %
Âge						
18-29 ans	391	1		493	1	
30-39 ans	305	0,9	0,6-1,4	281	1,2	0,8-1,7
40-49 ans	139	0,9	0,5-1,5	130	1,7	1,0-2,7
Couverture sociale						
Sécurité sociale avec mutuelle	474	1		578	1	
Sécurité sociale sans mutuelle	291	1,7**	1,2-2,4	278	1,7**	1,2-2,3
Aucune couverture sociale	70	3,0***	1,6-5,4	48	2,0*	1,0-4,0
Situation matrimoniale						
En couple non cohabitant	282	1		266	1	
En couple cohabitant	275	0,9	0,6-1,5	340	2,0***	1,4-3,1
Non en couple	278	1,5*	1,0-2,3	298	0,8	0,5-1,2
Dépistage VIH au cours de la vie						
Aucun	298	1		305	1	
Au moins un	537	0,5***	0,3-0,7	599	0,3***	0,2-0,4
Situation administrative						
Nationalité française	142	1		255	1	
Carte de résident	306	0,9	0,6-1,5	287	1,9**	1,3-3,0
Carte de séjour temporaire	238	1,0	0,6-1,7	270	2,2***	1,4-3,4
Autorisation provisoire ou sans titre	149	1,5	0,8-2,6	92	3,5***	2,0-6,3
Langue parlée en famille						
Français	460	1		472	1	
Autre langue	375	1,4*	1,0-1,9	432	1,8***	1,3-2,5

*: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$; ***: $p < 0,001$.

chez les femmes, ce sont celles qui vivent en couple cohabitant qui connaissent le moins ces consultations (65,8 % vs 71,2 % pour les femmes non en couple et 74,4 % pour celles en couple non cohabitant ; $p=0,05$). Enfin, les personnes qui ne connaissent pas les CDAG sont plus nombreuses parmi celles qui n'ont jamais fait de dépistage VIH. Cette relation est observée aussi bien chez les hommes que chez les femmes [tableau II].

OPINIONS SUR L'ACCÈS AU RÉSULTAT DU TEST DE DÉPISTAGE

La majorité des répondants estiment que le conjoint ou partenaire régulier, les professionnels de santé, les autres partenaires sexuels et, dans une moindre mesure la famille, pourraient avoir accès au résultat d'un dépistage positif [figure 2]. À l'inverse, les répondants sont défavorables à l'accès de l'employeur au résultat du dépistage (seuls 33,4 % des hommes et 21,4 % des femmes y sont favorables). Les réponses varient selon le sexe, les femmes étant significativement toujours plus attachées à la confidentialité du résultat que les hommes. Ainsi, par

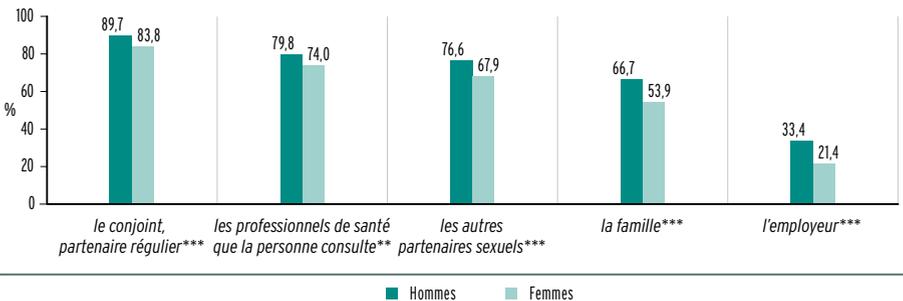
exemple, si plus des deux tiers des hommes (66,7 %) estiment que le reste de la famille peut être informé du résultat positif par le médecin, ce n'est le cas que d'une femme sur deux (53,9 % ; $p<0,001$).

Une analyse particulière des facteurs associés au refus de l'accès du conjoint au résultat du dépistage confirme en premier lieu la différence d'attitude selon le sexe, le fait d'être une femme étant significativement associé à tel un refus (15,3 % des femmes contre 10,0 % des hommes n'estiment pas normal que le médecin communique le résultat au conjoint ; $p<0,001$). En stratifiant l'analyse par sexe [tableau III], on observe que, parmi les hommes, les moins de 30 ans sont également plus enclins à refuser cet accès du conjoint au résultat. De même, les personnes originaires d'Afrique subsaharienne arrivées depuis le plus longtemps en France sont plus attachées à la confidentialité dans le cadre du couple (15,2 % des hommes arrivés en France jusqu'en 1989 contre 8,6 % des hommes arrivés depuis 1990 n'estiment pas normal que le médecin communique le résultat au conjoint ; $p=0,005$). Par contre, il n'y a pas de différence dans cette opinion en

FIGURE 2

Pourcentage de répondants favorables à l'accès au résultat du test de dépistage par différentes personnes, selon le sexe

Si une personne est contaminée par le virus du sida, est-il, selon vous, normal que le médecin informe également...



** : $p<0,01$; *** : $p<0,001$.

fonction du fait d'avoir déjà réalisé un test de dépistage ou du fait d'avoir eu plusieurs partenaires sexuels dans l'année écoulée [tableau III].

PRATIQUES DE DÉPISTAGE

Les pratiques de dépistage sont explorées au travers du recours au test au cours de la vie, des motifs et lieu du dernier dépistage effectué, et enfin de la raison avancée pour ne pas avoir réalisé de dépistage au cours de la vie.

Pas de différence hommes/ femmes dans le recours au test de dépistage

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 (63,9 % vs 65,8 %; différence non significative). La seule différence significative est observée parmi les 35-44 ans. Dans cette tranche d'âges, les femmes sont significativement plus nombreuses que les hommes à avoir été testées au moins une fois (84,3 % vs 75,1 %; $p=0,01$) [figure 3].

Les répondants âgés de plus de 35 ans déclarent assez uniformément, à environ 80 %, avoir déjà réalisé au moins un test de dépistage au cours de sa vie. Dans les tranches d'âges les plus jeunes, cette proportion diminue jusqu'à 38 % chez les moins de 25 ans.

En analyse multivariée, les variables indépendamment associées à la réalisation d'au moins un test de dépistage VIH au cours de sa vie peuvent être regroupées en différents types de facteurs.

TABLEAU III

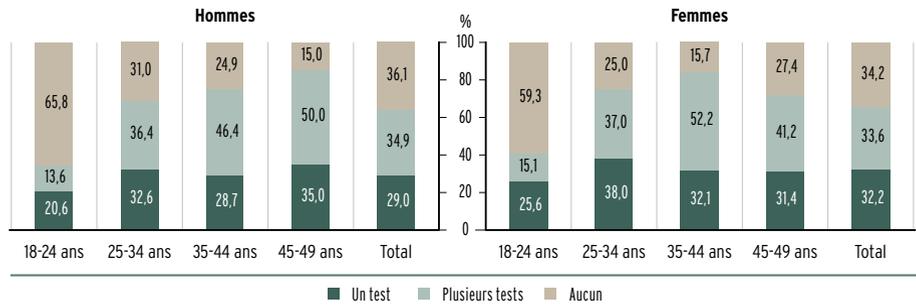
Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est le refus de l'accès du conjoint/partenaire régulier au résultat du test de dépistage VIH, par sexe

	Hommes (n=887)			Femmes (n=953)		
	n	OR ajusté	IC à 95 %	n	OR ajusté	IC à 95 %
Âge						
18-29 ans	417	1		525	1	
30-39 ans	320	0,4**	0,2-0,8	289	1,0	0,7-1,7
40-49 ans	150	0,5*	0,2-1,0	139	0,9	0,5-1,7
Situation matrimoniale						
En couple non cohabitant	301	1		277	1	
En couple cohabitant	289	0,7	0,4-1,2	363	0,9	0,5-1,4
Non en couple	297	0,9	0,5-1,5	313	1,5	0,9-2,4
Arrivée en France						
Avant 1990	197	1		251	1	
Entre 1990 et 1999	309	0,4***	0,3-0,8	333	0,5**	0,3-0,8
Depuis 2000	381	0,3***	0,2-0,6	369	0,9	0,6-1,4
Dépistage du VIH au cours de la vie						
Aucun	332	1		329	1	
Au moins un	554	1,0	0,6-1,6	624	0,7	0,5-1,1
Plusieurs partenaires sexuels au cours des douze derniers mois						
Non	780	1		912	1	
Oui	107	0,9	0,5-1,9	41	0,6	0,2-1,8

*: $p<0,05$; **: $p<0,01$; ***: $p<0,001$.

FIGURE 3

Fréquence du recours au test de dépistage du VIH au cours de la vie, selon le sexe et la classe d'âges



Facteurs démographiques

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. Les personnes sans titre de séjour ou détentrices d'une carte de séjour temporaire ont environ deux fois moins de chances d'être testées que les personnes originaires d'Afrique subsaharienne de nationalité française [tableau IV]. À noter que l'année d'arrivée en France n'est pas associée au fait d'avoir réalisé un test de dépistage au cours de la vie.

Facteurs comportementaux

Le principal facteur associé à la réalisation d'un test au cours de la vie et qui peut être lié aux comportements est le fait d'avoir déjà craint d'être contaminé (79,9 % des personnes dans ce cas avaient déjà été testées, contre 53,3 % pour celles n'ayant pas eu cette crainte; $p < 0,001$). L'effet est particulièrement fort chez les femmes (OR ajusté : 4,5; IC : 3,1-6,6). La prise en compte de la situation matrimoniale montre que seuls 44,3 % des célibataires ont déjà été testés. Pour autant, si le fait d'être en

couple cohabitant double les chances d'avoir été testé chez les hommes (OR ajusté : 2,1; IC : 1,4-3,2), la relation n'est pas avérée chez les femmes. 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 (OR ajusté : 2,1; IC : 0,9-5,2).

Facteurs de proximité avec la maladie

Les femmes originaires d'un pays à forte prévalence (supérieure à 5 %) sont plus nombreuses à avoir déjà réalisé un test de dépistage (76,5 % vs 57,7 %; $p < 0,001$). C'est également le cas de celles qui connaissent une personne séropositive (78,4 % vs 60,9 %; $p < 0,001$). Des tendances similaires sont observées chez les hommes, mais les associations disparaissent dans les analyses multivariées.

Facteurs socio-éducatifs

Un niveau d'études supérieur au baccalauréat double, chez les hommes, les chances d'avoir été testés (OR ajusté : 2,1; IC95 : 1,5-2,8).

Une deuxième analyse multivariée a mis en évidence les déterminants associés à la

TABLEAU IV

Modèle final d'une régression logistique où la variable dépendante est la réalisation d'un test de dépistage au cours de la vie, par sexe

	Hommes (n=892)			Femmes (n=966)		
	n	OR ajusté	IC à 95 %	n	OR ajusté	IC à 95 %
Âge						
18-29 ans	422	1		531	1	
30-39 ans	318	2,7***	1,8-3,9	297	3,0***	2,0-4,6
40-49 ans	152	2,2**	1,3-3,5	138	2,2**	1,3-3,8
Situation matrimoniale						
En couple non cohabitant	301	1		279	1	
En couple cohabitant	289	2,1***	1,4-3,2	364	1,1	0,7-1,7
Non en couple	302	0,7*	0,5-0,9	323	0,3***	0,2-0,4
A déjà craint d'être contaminé						
Non	505	1		588	1	
Oui	387	1,9***	1,4-2,7	378	4,5***	3,1-6,6
Niveau d'études						
Inférieur au baccalauréat	384	1		484	1	
Supérieur au baccalauréat	508	2,1***	1,5-2,8	482	1,3	0,9-1,8
Prévalence du VIH dans le pays d'origine						
Inférieure à 3 %	400	1		369	1	
De 3 % à 5 %	187	1,3	0,9-2,0	181	1,5	0,9-2,4
Supérieure à 5 %	305	1,3	0,9-1,9	416	2,6***	1,8-3,7
Connaissance d'une personne séropositive						
Non	672	1		699	1	
Oui	220	1,5	0,9-2,2	267	1,6*	1,1-2,4
Situation administrative						
Nationalité française	153	1		272	1	
Carte de résident	323	0,8	0,5-1,3	303	0,7	0,5-1,2
Carte de séjour temporaire	256	0,8	0,5-1,2	292	0,4***	0,3-0,6
Autorisation provisoire ou sans titre	160	0,6	0,4-1,1	99	0,3***	0,2-0,6
Plusieurs partenaires sexuels au cours des douze derniers mois						
Non	784	1		924	1	
Oui	108	1,8*	1,1-2,9	42	2,1	0,9-5,2

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

réalisation de plusieurs tests de dépistage parmi les personnes testées au moins une fois [tableau V]. On peut noter, par rapport au modèle précédent, que les couvertures sociales les plus complètes et l'arrivée en France la plus ancienne (significatif en analysant globalement les deux sexes confondus) sont associées à la réalisation de plusieurs tests de dépistage, et ce indépendamment de l'âge.

Premier motif du test de dépistage : un bilan de santé

Le principal motif de test de dépistage cité par les répondants est le bilan de santé (25,4 %), c'est-à-dire un test demandé par un médecin dans le cadre d'un examen pouvant explorer d'autres pathologies [tableau VI]. Cette catégorie ne comprend pas le recours au test à la suite de symptômes ou pour une

maladie, notamment une infection sexuellement transmissible (4,8 %). Le deuxième motif le plus cité est celui d'assurer son statut, pour voir, pour connaître son état de santé, etc. (21,8 % de «*pour savoir*» dans le **tableau VI**). Ce motif est plus souvent cité par les hommes que les femmes (29,4 % vs 15,1 % ; $p < 0,001$). Enfin, le motif le plus important de réalisation d'un test chez les femmes est le dépistage dans le cadre de la grossesse (37,1 %).

Si l'on distingue les répondants selon leur activité sexuelle exprimée en nombre de partenaires au cours des douze mois qui ont précédé l'enquête, les motifs déclarés se différencient. Ainsi, les femmes multipartenaires sont beaucoup plus nombreuses que les hommes à déclarer venir à la suite d'une situation d'exposition (20,3 % vs 6,3 % ; $p < 0,001$). Les hommes multipartenaires citent plus souvent des motifs vagues de réassurance : 31,8 % disent «*pour se rassurer*», «*pour savoir*», «*pour connaître son statut*» (motifs regroupés dans la ligne «*pour savoir*» du **tableau VI**).

Parmi les monopartenaires, les hommes et les femmes sont plus souvent concernés par le dépistage dans le cadre d'un protocole où le test est systématiquement proposé : anténatal pour les femmes (43,3 %) et prénuptial pour les hommes (11,7 %). Quant aux personnes ne déclarant pas de partenaire durant l'année, leur principal motif de

test était le bilan de santé (36,7 % pour les femmes et 44,4 % pour les hommes).

Les motifs de test ont été classés en quatre catégories selon l'initiative du dépistage :

1. test à l'initiative personnelle (dans une démarche de prévention ou en réponse à une prise de risque) ;

2. test à l'initiative d'un médecin dans le cadre d'un bilan de santé ou à cause de symptômes ;

3. test dans le cadre d'un protocole de dépistage (proposition systématique dans le cadre de la grossesse et de l'établissement du certificat prénuptial, ou dépistage obligatoire dans le cadre du don de sang) ;

4. test suscité par l'entourage (à la demande du partenaire, à cause d'un doute sur le statut du partenaire, à cause du refus du partenaire d'effectuer un test).

Les hommes déclarent plus fréquemment avoir réalisé leur dernier test de dépistage à leur initiative que les femmes (44,5 % vs 24,4 % ; $p < 0,001$), **[tableau VII]**. De même, ils ont plus fréquemment que les femmes été dépistés pour le VIH à la demande d'un médecin, c'est-à-dire dans le cadre d'un bilan de santé général ou à la suite d'une consultation pour une autre infection sexuellement transmissible (35,6 % des motifs cités pour les hommes contre 25,4 % pour les femmes ; $p < 0,001$).

En plus du sexe, la situation matrimoniale est un déterminant pour avoir été

TABLEAU VII

Motifs du dernier test de dépistage selon l'initiative, par sexe

	Hommes (n=564)	Femmes (n=631)	Total (n=1195)	P _{H/F}	n
	%	%	%		
Initiative de l'enquêté(e)	44,5	24,4	33,9	***	405
Protocole de dépistage	15,6	44,8	31,0	***	371
Demande du médecin	35,6	25,4	30,2	***	361
Suscité par l'entourage	4,3	5,4	4,9		058
Total	100,0	100,0	100,0	-	1 195

*** : $p < 0,001$.

testé à la demande d'un médecin, les célibataires étant particulièrement testés dans ce cadre (38,4 % citent ce motif contre 27,1 % des personnes vivant en couple; $p=0,002$). Les personnes ayant cité un motif de test qui peut être regroupé parmi les protocoles de dépistage sont plus fréquemment des femmes (44,8 % des motifs cités contre 15,6 % pour les hommes; $p<0,001$).

Trois tests sur dix sont réalisés à l'hôpital

La moitié (49,7 %) des répondants ayant effectué au moins un test de dépistage au cours de leur vie avaient réalisé leur dernier test dans un laboratoire d'analyse biologique et médicale (LABM), [tableau VIII]. 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 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 CDAG que les femmes (9,6 % vs 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 5,6 %; $p=0,04$). Parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne et arrivées avant 1989, 2,3 % avaient effectué leur dernier test de dépistage en Afrique, contre 4,2 % de celles arrivées entre 1990 et 1999, et 14,5 % pour celles arrivées à partir de l'année 2000.

Les variables associées à la réalisation du dernier test de dépistage à l'hôpital plutôt qu'en ville (LABM) sont le fait de parler en famille une autre langue que le français (OR ajusté : 1,5; IC : 1,2-1,9) et celui d'être dépisté à l'initiative d'un médecin (OR ajusté : 1,4; IC : 1,1-1,9).

LES RAISONS DE L'ABSENCE DE DÉPISTAGE

Environ un tiers (35,0 %) des répondants, soit 650 personnes, ont déclaré ne s'être jamais fait dépister pour le VIH. Par rapport aux personnes ayant été testées au moins une fois, les « non-testées » se distinguent par un âge plus jeune, un niveau d'études inférieur et une moins bonne couverture sociale. Elles sont également plus souvent célibataires.

Les raisons les plus fréquemment avancées pour ne pas avoir recouru au test de dépistage sont l'« absence de risque d'être contaminé »

TABLEAU VIII

Lieu du dernier test, selon le sexe

	Hommes (n=564)	Femmes (n=637)	Total (n=1201)	$P_{H/F}$	n
	%	%	%		
En France, dans un laboratoire d'analyse biologique et médicale	48,9	50,4	49,7		597
En France, dans un hôpital	27,8	32,6	30,4		365
En Afrique	8,7	5,6	7,1	*	85
En France, dans un CDAG	9,6	3,8	6,5	***	78
En France, dans un centre de planification familiale, une PMI, un dispensaire anti-vénérien	1,4	6,3	4,0	***	48
Autre ou non-réponse	3,5	1,3	2,3	**	28

* : $p<0,05$; ** : $p<0,01$; *** : $p<0,001$.

(66,6 %) et le fait de « *ne pas y avoir pensé* » (58,0 %). Les deux raisons pouvant être considérées comme proches. « *La peur que, en cas de résultat positif, l'entourage l'apprenne* » était également une raison souvent avancée (40,5 %). Il n'y a pas de différence par sexe dans les réponses pour chacune des raisons proposées [tableau IX].

En analyse multivariée, le fait de ne pas connaître les CDAG et la mauvaise connaissance des modalités de test sont associés au fait de déclarer « *ne pas savoir où s'adresser* » et de « *trouver le test trop cher* ». Les répondants qui ne connaissent pas l'existence des CDAG ont environ trois fois plus de chances

de citer ces motifs que ceux qui les connaissent (OR ajusté : 3,3 ; IC : 2,2-5,3 pour « *ne sait pas où s'adresser* » et OR ajusté : 2,9 ; IC : 1,3-6,7 pour « *le test coûte trop cher* »]. Les répondants ne connaissant pas les modalités du test de dépistage ont eux deux fois plus de chances de citer ces motifs (OR ajusté : 1,9 ; IC : 1,3-3,0 pour « *ne sait pas où s'adresser* » et OR ajusté : 2,8 ; IC : 1,3-6,2 pour « *le test coûte trop cher* »). Enfin, le seul facteur associé au motif évoquant « *la peur que l'entourage apprenne le résultat* » d'un test éventuellement positif est la mauvaise connaissance des modalités de test (OR ajusté : 1,5 ; IC : 1,1-2,1).

TABLEAU IX

Raisons avancées pour n'avoir jamais réalisé de test de dépistage du VIH, par sexe (réponses exprimées en pourcentage de « oui », plusieurs réponses possibles)

	Hommes (n=319)	Femmes (n=331)	Total (n=650)	n
	%	%	%	
Pas de risque d'être contaminé(e)	64,6	68,6	66,6	433
N'y a jamais pensé	61,4	54,7	58,0	377
Peur que l'entourage apprenne la contamination	40,1	40,8	40,5	263
Peur de connaître le résultat	28,8	26,0	27,4	178
Ne sait pas où s'adresser	17,2	16,3	16,8	109
Peur d'être expulsé(e) si le test est positif	16,6	14,8	15,7	102
Les tests ne sont pas valables	8,2	7,3	7,7	50
Le test coûte trop cher	4,4	4,8	4,6	30

DISCUSSION

Les connaissances sur les modalités de réalisation d'un test de dépistage sont globalement moins bonnes parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne que parmi les personnes interrogées dans le cadre du KABP métropole et du KABP DFA. Ainsi, par exemple, 8,2 % des personnes originaires d'Afrique subsaharienne pensent que le dépistage du VIH

se fait *via* une radiographie. C'était le cas de 2,0 % des personnes interrogées dans le cadre du KABP métropole et 4,7 % dans les départements français d'Amérique (DFA) [5, 6]. La connaissance des CDAG est, quant à elle, assez élevée parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne interrogées, puisqu'elles sont 71,7 % à en avoir entendu parler contre 43,9 % pour les personnes

interrogées en métropole en 2004 et 66,9 % pour celles des DFA [5, 6].

Les connaissances sur le dépistage en général, ses modalités de réalisation et sur les consultations spécialisées que sont les CDAG dépendent logiquement de l'expérimentation du dépistage lui-même. Les personnes connaissant les consultations de dépistage anonyme et celles ayant déjà réalisé un test de dépistage sont plus à même de différencier les examens permettant le diagnostic de séropositivité. Comme il peut être retrouvé dans la population générale, le niveau de connaissance sur le dépistage est également associé au niveau d'études des répondants [5, 6].

Ces connaissances dépendent aussi fortement du niveau de précarité sociale que peuvent traduire une couverture sociale incomplète ou inexistante et une situation administrative ou légale précaire. On peut noter que la fréquentation des CDAG, alors même qu'elles permettent un dépistage sans exigence quant au statut d'assuré social ou au statut légal, est certainement affectée par la méconnaissance de ces consultations par les populations originaires d'Afrique subsaharienne les plus précaires.

En ce qui concerne l'opinion sur l'accès au résultat du test de dépistage, les personnes originaires d'Afrique subsaharienne semblent moins attachées à la confidentialité que les populations interrogées dans le cadre des autres enquêtes KABP [5, 6]. En effet, dans tous les cas de figure, elles estiment plus souvent normal que le résultat du test soit accessible aux autres. Le résultat est particulièrement contrasté pour ce qui est de l'accès de la famille au résultat, puisque 60,0 % des personnes originaires d'Afrique subsaharienne l'acceptent, contre 29,5 % de la population générale en 2004 [5]. L'accès le plus discuté reste celui de l'employeur, même s'il est accepté trois fois plus souvent par les personnes originaires d'Afrique subsaharienne (27,2 % contre 9,0 % de la

population générale en 2004 [5]). En règle générale, les femmes interrogées sont plus réservées que les hommes sur l'accès au résultat du test. Particulièrement pour l'opinion sur l'accès au résultat du conjoint, on remarque que le nombre de partenaires sexuels et le fait d'avoir déjà réalisé un test n'influent pas sur cette opinion.

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 %) et dans les DFA (61,5 %) [5, 6]. La différence est plus accentuée pour les hommes (63,9 % vs 46,1 % en métropole et 54,8 % dans les DFA) que pour les femmes (respectivement 65,8 %, 62,0 % et 67,1 %). Ce résultat va à l'encontre de l'hypothèse souvent avancée selon laquelle les populations d'Afrique subsaharienne recourraient moins souvent au dépistage du VIH que les autres. Il est par ailleurs corroboré par l'analyse des caractéristiques des participants aux actions d'incitation au dépistage coordonnées par l'association Aides Ile-de-France [7]. Elle montre un niveau de recours au dépistage supérieur parmi les 454 personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne interrogées (59 % étaient testées, contre 45 % des 2 689 autres participants). De même, la fréquence des tests au cours des deux dernières années était supérieure parmi les personnes de nationalité d'Afrique subsaharienne (analyse InVS, non publiée). Enfin, d'après la description des consultants de CDAG en 2004, les personnes originaires d'Afrique subsaharienne fréquentant ces consultations recourraient plus aux tests de dépistage que les autres [8]. Globalement, le recours au test de dépistage semble effectif parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne. Ce résultat s'accorde avec l'enquête Vespa auprès des personnes vivant avec le VIH/sida. Celle-ci a permis de voir que le retard au dépistage qui peut être constaté chez les personnes origi-

naires 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 [9].

Cette enquête nous montre un certain nombre de facteurs classiquement associés au recours au test (un ou plusieurs), comme l'âge entre 30 et 39 ans, la proximité avec la maladie, l'activité sexuelle, etc. 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 ? Quoi qu'il en soit, dans la mesure où, indépendamment de l'âge, l'ancienneté du séjour en France favorise le nombre de tests, il semble que les populations d'Afrique subsaharienne ont eu plus d'opportunités d'être dépistées en France qu'elles n'en ont eu en Afrique.

Un peu moins de 40 % des derniers tests de dépistage réalisés par les répondants étaient volontaires, d'initiative personnelle ou de l'entourage. Le reste des dépistages s'étaient 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 deux autres enquêtes, on constate qu'ils se rapprochent des circonstances citées aux Antilles et en Guyane [6] 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. C'était le cas de 17,4 % des hommes et de 9,2 % des femmes dans les DFA. En métropole, les pourcentages sont respectivement de 9,2 % et 3,9 %. 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 (4,9 % des femmes et 5,3 % des hommes). Cette raison est davantage avancée par les répondants du KABP métropole (37,9 % des hommes et 27,8 % des femmes), ainsi que par ceux des DFA (36,8 % des hommes et 23,9 % des femmes).

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 dans le cadre du KABP métropole et 14,2 % dans les DFA.

Les personnes n'ayant jamais réalisé de test de dépistage invoquent le plus souvent les deux motifs proches que sont le fait de ne pas y avoir pensé et celui de ne pas se sentir à risque. La particularité des réponses des personnes originaires d'Afrique subsaharienne réside dans la peur que l'entourage apprenne un résultat positif (40,5 % contre 13,8 % en métropole et 9,2 % dans les DFA) et dans le fait de ne pas savoir où s'adresser pour réaliser un test (16,8 % contre 7,7 % en métropole et 5,1 % dans les DFA). La visibilité des consultations ou des autres opportunités de dépistage est donc moins bonne parmi les populations originaires d'Afrique subsaharienne. Par ailleurs, la peur que l'entourage apprenne le résultat, qui est fortement citée, semble s'opposer au fait qu'elles sont plutôt favorables à la communication des résultats du test à d'autres personnes que le patient concerné.

Au final, les populations originaires d'Afrique subsaharienne vivant en Ile-de-France décrites dans cette enquête ont un niveau de recours au test relatif

vement élevé et ce, malgré les freins que peuvent représenter les défauts de couverture sociale ou une situation administrative précaire. Le fait que les populations en situation de précarité sociale et administrative sont, par ailleurs, celles qui connaissent le moins bien les consultations de dépistage anonyme et gratuit, alors qu'elles sont ouvertes à tous sans exigence quant

au statut social ou légal, plaide pour une meilleure diffusion de l'information auprès de ce sous-groupe de population. Les bilans de santé et les protocoles de dépistage où le test est proposé semblent être les circonstances qui favorisent le plus le dépistage. Ces résultats confirment le rôle central que jouent les professionnels de santé auprès de cette population dans l'accès au test VIH.

Bibliographie

- [1] Couturier E., Brossard Y., De Benoist A.C., *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.
BEH 1998; (18) : 73-6
En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/1998/9818/beh_18_1998.pdf
[Dernière consultation le 28/03/2007]
- [2] Institut de veille sanitaire.
Surveillance du VIH/sida en France. Rapport semestriel n° 1. Données sida au 30 septembre 2002.
Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2003.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/publications/2003/vih_sida_n1/rapport_vih_sida_n1.pdf
[Dernière consultation le 28/03/2007]
- [3] Institut de veille sanitaire.
Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2005.
BEH 2006; 48 : 371-8.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2006/48/beh_48_2006.pdf
[Dernière consultation le 28/03/2007]
- [4] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.
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. Inpes, 2002.
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/02/dp020625.pdf>
[Dernière consultation le 28/03/2007]
- [5] Beltzer N., Lagarde M., Wu-Zhou X., Vongmany N., Grémy I.
Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France : Évolutions 1992 - 1994 - 1998 - 2001 - 2004.
Paris : Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2005. 176 p.
En ligne : http://www.ors-idf.org/etudes/pdf/Rapport_KABP_FR_2004.pdf
[Dernière consultation le 28/03/2007]
- [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 : 290 p.
En ligne : <http://www.ors-idf.org/etudes/pdf/KABPDFARapport.pdf>
[Dernière consultation le 28/03/2007]
- [7] Bonneau A., Bucknall R.S.
Screening campaign for the general public.
XVI International AIDS Conference, Toronto, 2006.
- [8] Le Vu S., Lot F., Semaille C.
Les migrants africains au sein du dépistage anonyme du VIH, 2004.
BEH 2005; (46-47) : 233-5.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2005/46_47/beh_46_47_2005.pdf
[Dernière consultation le 28/03/2007]
- [9] Delpierre C., Dray-Spira R., Cuzin L., *et al.*
Correlates of late diagnosis in France. Implications for testing policy.
À paraître dans *Journal of Epidemiology and Community Health*.