

Dépistage anonyme et gratuit du VIH
Profil des consultants de CDAG en 2004 -
Enquête épidémiologique transversale

Introduction	p. 2
Matériel et méthode	p. 3
Résultats	p. 5
1 Participation	p. 5
1.1 Participation des centres et représentativité	p. 5
1.2 Participation des consultants	p. 5
1.3 Participation régionale	p. 5
2 Caractéristiques démographiques et sociales	p. 6
2.1 Âge et sexe	p. 6
2.2 Nationalité	p. 7
2.3 Niveau d'études	p. 8
2.4 Situation vis-à-vis du travail	p. 9
2.5 Couverture sociale	p. 9
3 Orientation et comportements sexuels	p. 9
3.1 Orientation sexuelle	p. 9
3.2 Partenariat sexuel au cours des 12 derniers mois	p. 9
3.3 Utilisation du préservatif	p. 10
4 Circonstances et motifs du dépistage VIH	p. 10
4.1 Antécédent de dépistage VIH	p. 10
4.2 Accompagnement à la consultation	p. 12
4.3 Initiative du dépistage	p. 12
4.4 Motifs de la demande	p. 12
4.5 Délai de venue	p. 15
4.6 Perception du niveau de risque	p. 16
4.7 Prescription de tests de dépistage et résultats des tests	p. 17
5 Comparaisons régionales	p. 18
5.1 Contexte	p. 18
5.2 Caractéristiques des consultants de CDAG	p. 19
6 Analyse des évolutions entre 2000 et 2004	p. 20
7 Analyse des caractéristiques des consultants originaires d'Afrique subsaharienne	p. 22
Discussion	p. 24
Conclusion	p. 27
Références bibliographiques	p. 28
Index des tableaux et figures	p. 30
Annexes	p. 32

Dépistage anonyme et gratuit du VIH

Profil des consultants de CDAG en 2004 - Enquête épidémiologique transversale

Auteurs

Stéphane Le Vu, Caroline Semaille

Remerciements

Nous remercions vivement les consultants ainsi que toutes les équipes de CDAG ayant participé à l'enquête. Nous tenons également à remercier Mireille Allemand et Betty Basselier pour leur aide précieuse, Pascal Gouëzel pour avoir initié cette enquête, Florence Lot pour ses relectures.

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 consultations de dépistage anonyme et gratuit (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 [1].

Depuis leur création, l'Institut de veille sanitaire (InVS) dresse le bilan de l'activité de dépistage dans les CDAG à partir des données communiquées par les consultations. Les derniers résultats indiquent que le recours au dépistage anonyme du VIH est en augmentation depuis 2001 [2]. Depuis la fin des années 1990, la proportion de sérologies positives est assez constante et deux fois plus importante en CDAG que dans les autres contextes de dépistage (consultation en médecine de ville ou à l'hôpital). En 2004, l'activité des laboratoires d'analyses médicales a permis d'estimer que 7 % des sérologies sont effectuées dans le cadre de CDAG et que 12 % des sérologies positives y sont dépistées [2].

Qualitativement, la population qui fréquente les CDAG est composée en majorité de jeunes âgés de moins de 30 ans et d'hommes. La différence s'estompe au cours du temps entre hommes et femmes quant à la proportion de dépistés positifs, notamment parmi les consultants de

moins de 40 ans, où les femmes sont désormais les plus touchées. L'activité de dépistage du VIH dans les CDAG montre des disparités régionales et locales importantes depuis plusieurs années. Ces disparités sont pour partie expliquées par la situation de l'épidémie dans chaque région et se retrouvent par ailleurs au niveau de l'activité globale de dépistage telle que rapportée par les laboratoires d'analyse. On retrouve également des disparités dans l'activité des CDAG, en terme de proportion de positifs, au sein d'une même région ou d'une même ville, et entre structures hospitalières et structures de ville. L'absence de données épidémiologiques autres que le sexe et l'âge des consultants au niveau des bilans d'activité rend difficile l'interprétation de ces disparités.

Pour combler ce manque de données descriptives, une étude nationale sur les consultants des CDAG a été menée en 1999 par l'InVS [3], puis renouvelée en 2000 [4]. Ces deux études ont permis de montrer que les consultants de CDAG étaient plus à risque de contamination par le VIH que la population générale.

Il semblait nécessaire de disposer de données récentes du même type et une enquête nationale s'adressant aux candidats à un test de dépistage du VIH dans les CDAG a été réalisée en octobre 2004. Son objectif était de décrire la population recourant au dépistage anonyme du VIH en France et de mesurer une évolution dans la fréquentation depuis la dernière enquête en 2000.

Matériel et méthode

Une enquête transversale a été réalisée au cours d'une semaine donnée du mois d'octobre 2004 dans l'ensemble des CDAG de France (métropole et départements d'outre-mer), hors antennes de prisons. Les dispensaires antivénéériens (DAV) non désignés comme CDAG, les centres de PMI (protection maternelle et infantile) et les CPEF (Centre de planification familiale) n'ont pas été sollicités. La participation des consultations était volontaire. Un total de 273 sites principaux ont été invités à participer. Les sites principaux avaient la charge de diffuser le matériel d'enquête à leurs antennes.

La population visée par l'étude était l'ensemble des personnes qui sollicitaient un test ou une information dans une CDAG. N'étaient pas incluses les personnes venues pour chercher le résultat d'un test précédent. Un questionnaire anonyme était proposé à l'accueil des consultations. En cas d'acceptation, le consultant remplissait ce questionnaire et une fiche médicale était complétée par le médecin lors de l'entretien. Le questionnaire explorait cinq axes : les caractéristiques sociodémographiques, les antécédents de dépistage, les circonstances et motifs de demande du test, l'orientation sexuelle et la prise de risque vis-à-vis du VIH, ainsi que la décision médicale concernant la prescription des tests et leurs résultats.

Si le questionnaire n'était pas rempli (refus, difficultés de langue), le médecin l'indiquait sur la fiche médicale. S'il s'agissait d'un problème de compréhension, le médecin était invité à remplir la première partie au cours de la consultation. Lorsque les résultats des tests étaient disponibles, la fiche médicale pouvait être complétée, que le consultant revienne ou non chercher ses résultats.

Le protocole a fait l'objet d'une demande d'autorisation auprès de la Cnil. Constatant l'absence du nom ou des initiales, l'absence de date de naissance, de profession, et surtout l'absence d'une liste nominative des consultants à laquelle aurait pu être liés les numéros d'anonymat, la Cnil a reconnu le caractère totalement anonyme du recueil et a autorisé la réalisation de cette enquête.

Pour l'analyse, trois catégories exclusives de consultants ont été définies à partir des données recueillies sur la nationalité actuelle, la nationalité à la naissance et le pays de naissance. Ces trois catégories sont : les Français de naissance ou personnes nées en France, les Français par acquisition et les étrangers. Les deux derniers groupes constituaient les immigrés, autrement définis comme les

personnes nées étrangères à l'étranger et résidant en France.

Une analyse particulière a comparé le premier groupe (Français de naissance ou nés en France) aux immigrés originaires d'Afrique subsaharienne (ASS), Français ou étrangers.

Les données d'activité des CDAG, analysées chaque année par l'InVS [2], ont été utilisées pour calculer le nombre attendu de consultants et évaluer les taux de participation et de représentativité des consultations dans l'enquête.

Les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS version 8. Les comparaisons de proportions et de moyenne ont été respectivement faites à l'aide du test du chi2 et du test T de Student. Les tests étaient bilatéraux avec un risque alpha fixé à 0,05.

Pour les cartes réalisées pour les comparaisons régionales, les données ont été découpées en 4 intervalles interquartiles (minimum, 25 %, 50 %, 75 %, maximum).

Des modèles de régression logistique ont été construits permettant de caractériser les facteurs indépendamment associés à la réalisation d'un test VIH antérieur, à celle d'un test VIH récent, aux différents motifs de dépistage et à la perception d'un risque de contamination supérieur ou égal aux autres. Les modèles ont été construits pas-à-pas par procédure descendante, le test de Wald servant à déterminer si chaque variable était à entrer dans le modèle. L'ajustement du modèle aux données a été mesuré par le test d'adéquation d'Hosmer-Lemeshow.

Les évolutions ont été mesurées en comparant les résultats de l'enquête 2004 à ceux de la même enquête menée en 2000 [4], la méthodologie étant identique. Une standardisation sur l'âge a été appliquée pour s'affranchir des différences d'âge entre les populations des deux enquêtes.

Pour comparer les pratiques à risque et la perception du risque, les résultats de l'enquête "Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France" réalisée par l'Observatoire régional de santé (ORS) d'Île-de-France en 2004 [5] ont été utilisés. Cette enquête, interrogeant 3 667 personnes, rapportait les comportements de prévention et les représentations des Français vis-à-vis du VIH. Nous avons choisi pour la comparaison avec notre enquête de considérer les

personnes (environ 300) ayant eu recours à un test de dépistage dans les 12 derniers mois. Ce groupe nous apparaissait comme le plus rapproché des personnes se faisant dépister en France. La comparaison permettant de mesurer la spécificité des personnes recourant au dépistage dans le cadre particulier des CDAG.

Les résultats d'une étude auprès de 3 199 personnes réalisant un dépistage dans des lieux publics, réalisée par l'association AIDES Île-de-France en 2005, ont également permis certaines comparaisons avec notre étude [6]. Cette étude a été menée au cours d'opérations d'incitation au dépistage qui invitaient des personnes de passage dans des lieux publics d'Île-de-France (mairies et gares principalement) à s'intéresser à leur statut VIH, voire

à réaliser un test auprès d'une équipe de CDAG mobilisée hors de ses locaux pour l'occasion. Les données utilisées concernaient les caractéristiques sociodémographiques et les antécédents et motivations de recours au test de dépistage VIH.

Le plan d'analyse consistait, dans un premier temps, à décrire les caractéristiques des consultants en termes démographique et social, d'orientation et de comportements sexuels, ainsi que de circonstances, motivation et résultats du dépistage VIH. Ces caractéristiques devaient être ensuite comparées géographiquement par région et chronologiquement entre les enquêtes de 2000 et de 2004. Enfin, une analyse particulière était prévue pour quantifier et caractériser la fréquentation des consultants immigrés

Résultats

1 | Participation

1.1 | Participation des centres et représentativité

Parmi 273 sites de CDAG éligibles, 202 (74 %) centres ont participé à l'enquête. Parmi eux, 4 n'ont reçu aucun patient durant la semaine donnée. Les 198 CDAG ayant inclus des participants représentaient 82 % de l'activité totale des

CDAG constatée en 2004 (245 232 consultants avaient été accueillis dans ces centres sur 300 600 pour l'ensemble du dispositif).

1.2 | Participation des consultants

Le niveau de participation n'a pu être calculé qu'à partir de 173 CDAG ayant fourni le nombre de personnes accueillies en regard du nombre de questionnaires remplis. On estime que 9 287 personnes ont franchi la porte d'une de ces 173 CDAG durant la semaine d'enquête. Parmi elles, 4 202 venaient pour récupérer le résultat d'un test précédent et 5 085 étaient éligibles car venant pour un nouveau test ou une demande d'information. Au sein de ces 173 consultations, 4 764 personnes ont répondu au questionnaire, soit une participation des consultants de 94 %.

Dans les 198 consultations participantes, un total de 5 398 personnes ont rempli un questionnaire, dont 5 252 (97 %) pour lesquelles la fiche médicale a été complétée. Les questionnaires sont issus pour moitié de CDAG hospitalières et pour l'autre moitié de CDAG de Conseils généraux, ce qui correspond à l'équilibre retrouvé pour l'activité annuelle [2].

1.3 | Participation régionale

Parmi les CDAG participantes, toutes les régions étaient représentées. Le tableau 1 met en parallèle les chiffres de participation de l'enquête et ceux de l'activité annuelle. Il indique par région, le nombre de CDAG, le nombre de personnes accueillies lors de l'enquête et les nombres recueillis dans le cadre de l'activité nationale annuelle de 2004.

Ce tableau met en évidence que la distribution régionale des consultants est sensiblement la même dans l'enquête, durant une semaine donnée, et durant l'ensemble de l'année 2004.

Tableau 1 - Distribution régionale des CDAG et des consultants d'après l'activité annuelle et la participation à l'enquête en 2004*

Région	Activité de l'année 2004			Enquête CDAG 2004		
	Nombre de CDAG	Nombre de consultants	Répartition des consultants	Nombre de CDAG	Nombre de participants	Répartition des participants
Alsace	4	5 551	1,9 %	4	125	2,3 %
Aquitaine	8	12 784	4,3 %	5	181	3,4 %
Auvergne	7	3 751	1,3 %	5	69	1,3 %
Basse-Normandie	2	832	0,3 %	3	76	1,4 %
Bourgogne	9	5 524	1,8 %	5	112	2,1 %
Bretagne	8	10 965	3,7 %	6	185	3,4 %
Centre	10	6 458	2,2 %	5	100	1,9 %
Champagne-Ardenne	9	6 635	2,2 %	6	77	1,4 %
Corse	4	1 923	0,6 %	2	6	0,1 %
Franche-Comté	4	5 127	1,7 %	3	81	1,5 %
Haute-Normandie	3	2 525	0,8 %	4	67	1,2 %
Île-de-France	57	108 925	36,4 %	39	1 839	34,2 %
Languedoc-Roussillon	10	11 988	4,0 %	10	288	5,4 %
Limousin	4	2 067	0,7 %	4	28	0,5 %
Lorraine	10	6 500	2,2 %	7	127	2,4 %
Midi-Pyrénées	9	2 576	0,9 %	8	188	3,5 %
Nord-Pas-de-Calais	7	10 680	3,6 %	7	157	2,9 %
Nouvelle Calédonie	2	1 554	0,5 %	1	26	0,5 %
Pays de la Loire	9	14 590	4,9 %	5	173	3,2 %
Picardie	9	3 973	1,3 %	4	41	0,8 %
Poitou-Charentes	14	7 998	2,7 %	10	130	2,4 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur	35	31 078	10,4 %	26	601	11,2 %
Rhône-Alpes	26	25 000	8,3 %	22	582	10,8 %
Guadeloupe	4	4 992	1,7 %	1	14	0,3 %
Guyane	2	1 154	0,4 %	2	48	0,9 %
La Réunion	7	4 321	1,4 %	4	50	0,9 %
Total	273	299 471	100,0 %	198	5 371	100,0 %

* La Martinique, comptant une CDAG ayant accueilli 864 consultants en 2004 mais qui n'a pas participé à l'enquête, n'est pas représentée.

Profil des consultants de CDAG en 2004 - Institut de veille sanitaire

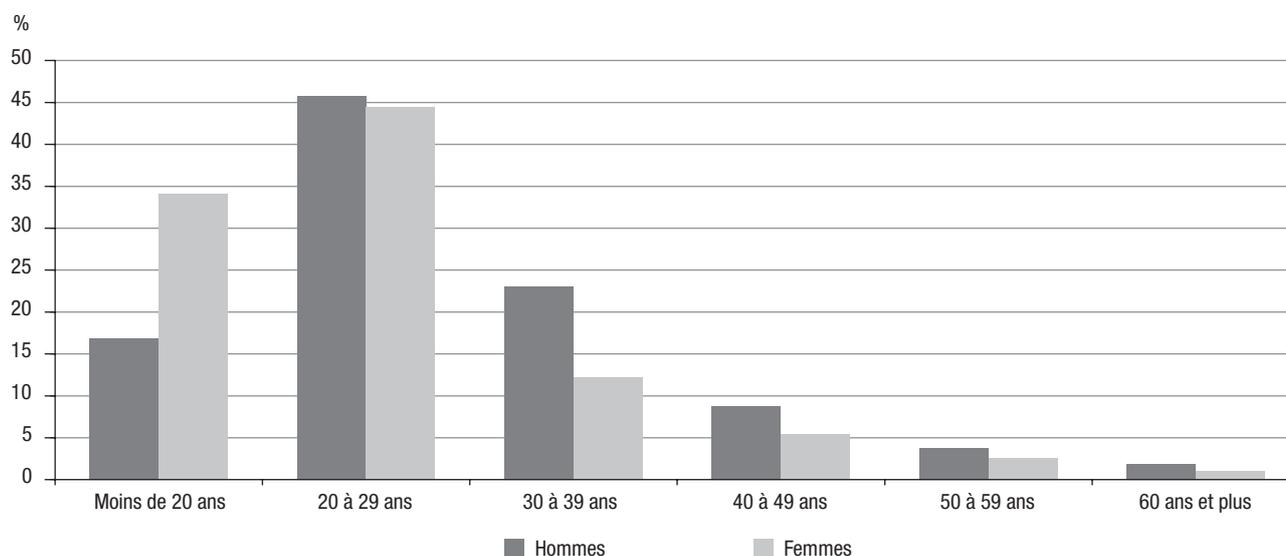
2 | Caractéristiques démographiques et sociales

2.1 | Âge et sexe

Les consultants des CDAG étaient majoritairement masculins (54 %) et jeunes : la moitié (51 %) de l'effectif étant âgée de moins de 25 ans. Un quart de l'échantillon avait moins de 20 ans. La moyenne d'âge était de 27,5 ans (étendue de 13 à 89 ans).

Les femmes étaient plus jeunes puisque 34 % d'entre elles avaient moins de 20 ans (contre 17 % pour les hommes) et 63 % moins de 25 ans (41 % pour les hommes).

Figure 1 - Répartition des consultants selon le sexe et la classe d'âge



Profil des consultants de CDAG en 2004 - Institut de veille sanitaire

La répartition des consultants selon leur âge n'était pas uniforme selon les régions. Les consultants de moins de

25 ans étaient plus souvent retrouvés en province (55 %) qu'en Île-de-France (43 %) ou qu'à Paris (39 %) (tableau 2).

Tableau 2 - Répartition des consultants en deux classes d'âge selon la localisation de la CDAG

Région	Moins de 25 ans	25 ans et plus	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Paris	424 (38,7)	671 (61,3)	1 095 (20,6)
Banlieue parisienne*	357 (49,6)	362 (50,4)	719 (13,5)
Province	1 920 (54,9)	1 578 (45,1)	3 498 (65,9)
Total	2 701 (50,9)	2 611 (49,1)	5 312 (100,0)

* Départements de la petite couronne : 78, 91, 92, 94, 93, 95.

Profil des consultants de CDAG en 2004 - Institut de veille sanitaire

Comparaison avec les données hors CDAG

Dans l'enquête KABP 2004, les moins de 25 ans représentent 29 % de la population ayant été testée dans les 12 derniers mois. Avec 51 % de moins de 25 ans rencontrés en CDAG, on mesure qu'il y a plus de jeunes dans ces consultations que dans l'ensemble du dispositif de dépistage.

Dans l'enquête AIDES de 2005 en Île-de-France, le public rencontré comprend 50 % de moins de 25 ans. Ce chiffre est supérieur à celui (43 %) retrouvé dans les CDAG d'Île-de-France.

2.2 | Nationalité

Sur l'ensemble des 198 CDAG participantes, 92 % des consultants étaient de nationalité française et 8 % d'une autre nationalité. Parmi les Français, ont été distingués les Français par acquisition qui comptaient pour 3 % des participants (tableau 3).

Parmi les étrangers, 67 % résidaient en France depuis moins de cinq ans et 24 % depuis moins d'un an.

Tableau 3 - Répartition des consultants de CDAG par nationalité

Nationalité	n	%
Français de naissance ou nés en France	4 697	88,7
Immigrés		
Français par acquisition	151	2,9
Étrangers	445	8,4
Total	5 293	100,0

Profil des consultants de CDAG en 2004 - Institut de veille sanitaire

Les immigrés représentaient 11 % des consultants. Ils étaient particulièrement représentés parmi les consultants de Guyane (33 %), d'Alsace (22 %) et d'Île-de-France (18 %). L'origine la plus représentée était celle d'ASS (tableau 4). La proportion d'hommes était la même parmi l'ensemble des consultants et parmi les immigrés. Les immigrés étaient significativement plus âgés que les consultants français de naissance (âge médian de 28 ans et 24 ans respectivement).

Tableau 4 - Répartition des consultants immigrés selon le continent d'origine

Continent d'origine*	n	%
Afrique subsaharienne	236	39,6
Europe occidentale	95	15,9
Afrique du Nord	94	15,8
Amérique et Haïti	70	11,7
Europe de l'Est	48	8,0
Asie et Océanie	44	7,4
Inconnu	9	1,5
Total	596	100,0

* Nationalité étrangère actuelle ou nationalité à la naissance pour les Français par acquisition, regroupées par continent.

Profil des consultants de CDAG en 2004 - Institut de veille sanitaire

Comparaison avec les données hors CDAG

Dans l'enquête AIDES de 2005 en Île-de-France, 26 % des participants étaient étrangers, 15 % étaient de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne et 6 % d'Afrique du Nord. Dans l'enquête en CDAG de 2004, on trouvait moins d'étrangers. En effet, dans les CDAG d'Île-de-France, on retrouvait 14 % d'étrangers, 6,5 % de nationalité d'Afrique subsaharienne et 1,8 % d'Afrique du Nord.

2.3 | Niveau d'études

La majorité (54 %) des consultants déclaraient avoir acquis un niveau d'études supérieur (au-delà du baccalauréat). Les

femmes déclaraient plus souvent un niveau d'études supérieur (57 % contre 52 % chez les hommes) (tableau 5).

Tableau 5 - Répartition des niveaux d'études atteints par les consultants en fonction du sexe

Sexe	Niveau d'études (%)				Total
	Supérieur	Lycée	Collège	Primaire	
Hommes	51,7	23,8	22,0	2,4	2 843
Femmes	57,4	25,8	15,1	1,8	2 424
Total	54,3	24,7	18,8	2,1	5 267

Profil des consultants de CDAG en 2004 - Institut de veille sanitaire

2.4 | Situation vis-à-vis du travail

Moins de la moitié (43 %) des consultants déclarait avoir un travail stable (tableau 6). Les moins de 25 ans poursuivaient des études dans 63 % des cas alors que deux tiers (66 %) des plus de 25 ans avaient un travail

stable. Les femmes, quelle que soit la catégorie d'âge, déclaraient plus souvent poursuivre des études et moins souvent avoir un travail stable que les hommes.

Tableau 6 - Répartition des situations vis-à-vis du travail en fonction du sexe

Sexe	Situation vis-à-vis du travail (%)					Total
	Travail stable	Études	Petits travaux ou chômage	Autre	Au foyer	
Hommes	52,3	26,6	16,0	4,2	0,9	2 821
Femmes	32,3	48,0	14,7	3,5	1,6	2 349
Total	43,2	36,3	15,4	3,9	1,2	5 170

Profil des consultants de CDAG en 2004 - Institut de veille sanitaire

2.5 | Couverture sociale

La grande majorité (94 %) des consultants bénéficiaient de la sécurité sociale ou de la CMU. Seuls 2 % ne bénéficiaient pas d'une couverture sociale, mais ce chiffre était beaucoup plus élevé chez les immigrés (12 % déclaraient n'avoir

aucune couverture sociale). Globalement, il n'y avait pas de différence de niveau de couverture sociale entre hommes et femmes.

3 | Orientation et comportements sexuels

3.1 | Orientation sexuelle

Sur 99 % des consultants déclarant avoir une activité sexuelle, la grande majorité des hommes (82 %) et des femmes (96 %) déclarait une pratique exclusivement hétérosexuelle. La proportion d'hommes se déclarant

homosexuels ou bisexuels était respectivement de 13 % et 5 % et était moindre parmi les moins de 25 ans (8,5 % et 3,5 %).

3.2 | Partenariat sexuel au cours des 12 derniers mois

La majorité des femmes (55 %) et des hommes (63 %) déclaraient avoir eu plusieurs partenaires sexuels au cours de l'année écoulée. Parmi les personnes se déclarant hétérosexuelles, les hommes déclaraient significativement plus souvent de multiples partenaires que les femmes (59 % vs 54 %). Et parmi les hommes, les homosexuels et bisexuels déclaraient significativement plus souvent de multiples partenaires (78 % et 85 %) que les hétérosexuels (59 %).

Le nombre médian de partenaires au cours de l'année écoulée était de deux pour les hétérosexuels hommes ou femmes, de cinq pour les homosexuels masculins et de deux partenaires de chaque sexe pour les hommes bisexuels.

Le nombre et le type de partenaires (stables ou occasionnels) sont présentés de façon combinée dans le tableau 7 en fonction du sexe et de l'orientation sexuelle.

Tableau 7 - Nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois selon le sexe et l'orientation sexuelle, en pourcentage

Nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois		Hommes			Femmes			Total
		Hétérosexuels	Homo ou bisexuels	Total	Hétérosexuelles	Homo ou bisexuelles	Total	
Aucun	%	2,9	2,3	2,8	1,9	7,6	2,1	2,4
Un stable	%	30,7	12,5	27,4	36,4	19,0	35,8	31,2
Un occasionnel	%	7,4	5,2	7,0	7,1	7,6	7,2	7,1
Plusieurs stables	%	16,4	10,9	15,4	24,2	16,5	24,0	19,3
Plusieurs occasionnels	%	42,7	69,1	47,5	30,3	49,4	31,0	40,0
Total	n	2 170	479	2 649	2 142	79	2 221	4 870

Profil des consultants de CDAG en 2004 - Institut de veille sanitaire

La distribution des qualité et quantité de partenaires au cours des 12 derniers mois différait selon le sexe et l'orientation sexuelle. Les femmes, très majoritairement hétérosexuelles, déclaraient plus souvent avoir eu un ou

des partenaires stables que les hommes. Les hommes et particulièrement les hommes homosexuels déclaraient plus de partenaires multiples occasionnels.

Comparaison avec les données hors CDAG

Le pourcentage de multipartenaires était plus élevé parmi les consultants des CDAG que parmi les personnes hétérosexuelles ayant été testées dans les 12 mois, d'après l'enquête KABP 2004. C'est particulièrement vrai pour les femmes, où seules 19,8 % des femmes de l'enquête KABP déclaraient plusieurs partenaires dans les 12 mois vs 54,1 % en CDAG (pour les hommes respectivement 42,4 % vs 59,0 %).

3.3 | Utilisation du préservatif

Lors de relations sexuelles avec un partenaire occasionnel au cours de l'année antérieure, moins de la moitié (48 %) des consultants déclaraient utiliser systématiquement le préservatif, les hommes plus que les femmes (52 % vs 42 %).

L'utilisation ne variait pas avec l'âge. Les consultants homosexuels ou bisexuels déclaraient utiliser plus souvent le préservatif avec respectivement 66 % et 54 % d'utilisation systématique.

4 | Circonstances et motifs du dépistage VIH

4.1 | Antécédent de dépistage VIH

Près de 60 % de l'ensemble des consultants avaient effectué un test de dépistage du VIH au moins une fois au cours de leur vie. Les jeunes femmes de moins de 25 ans étaient significativement plus testées (47 %) que les jeunes hommes (40 %). La différence n'était pas retrouvée au-delà de 25 ans.

Les personnes ayant déjà été testées avaient réalisé en moyenne un test au cours des deux années précédentes. Le délai médian séparant la venue en CDAG au cours de l'enquête et le dernier test était de 9 mois.

Comparaison avec les données hors CDAG

Les consultants de CDAG avaient plus souvent déjà été testés que les participants de l'enquête AIDES 2005 en Île-de-France (60 % en CDAG vs 47 % au cours des actions d'incitation au dépistage).

Une analyse par régression logistique a été utilisée pour mesurer les facteurs associés à la réalisation d'un test antérieur. Calculé sur 2 876 personnes déjà testées et 1 906 jamais testées, le modèle final a mis en évidence que les déterminants, indépendamment associés au fait d'avoir été testés auparavant, étaient "l'âge", "le fait de consulter à

Paris plutôt qu'en Province", "d'être une femme", "de s'estimer plus à risque de contamination que les autres", "de venir seul plutôt qu'en couple ou accompagné d'amis", "d'avoir des relations homo ou bisexuelles", et "d'être salarié plutôt qu'étudiant" (tableau 8).

Tableau 8 - Déterminants associés à la réalisation d'un test VIH antérieur

Déterminants		Odds Ratio	IC95 %
Consultation	En province	1*	
	À Paris	1,49	(1,26 - 1,76)
Nombre de partenaires durant les 12 derniers mois	Un partenaire	1*	
	Nombre inconnu	1,81	(1,23 - 2,67)
	Plusieurs partenaires	1,90	(1,67 - 2,17)
Perception du risque de contamination	Aucun ou moins de risque	1*	
	Risque égal ou supérieur à la moyenne	1,68	(1,19 - 2,36)
Sexe	Homme	1*	
	Femme	1,71	(1,49 - 1,97)
Âge	Moins de 20 ans	1*	
	20 à 29 ans	3,08	(2,60 - 3,65)
	30 à 39 ans	6,94	(5,40 - 8,93)
	Plus de 40 ans	4,90	(3,73 - 6,45)
Venue à la CDAG	En couple ou avec amis	1*	
	Seul	1,41	(1,23 - 1,61)
Orientation sexuelle	Relation hétérosexuelle	1*	
	Relation homo ou bisexuelle	2,23	(1,70 - 2,92)
Situation vis-à-vis du travail	Travail stable	1*	
	Autres	1,05	(0,88 - 1,25)
	Études	0,68	(0,57 - 0,80)

* Catégorie de référence

Profil des consultants de CDAG en 2004 - Institut de veille sanitaire

Une deuxième analyse multivariée a recherché les facteurs associés au recours récent (dans les 12 derniers mois) au test de dépistage. Cette analyse identifie 1 207 consultants qui, au moment de l'enquête, réalisaient un deuxième dépistage en moins d'un an et 1423 consultants déjà testés mais plus anciennement. Elle révèle que les faits

"d'être immigré", "de se considérer plus à risque que la moyenne", et "d'avoir des relations homosexuelles" sont indépendamment reliés au recours récent au test de dépistage (tableau 9). Ce recours récent traduit un dépistage en moyenne plus fréquent de ces catégories.

Tableau 9 - Déterminants associés à la réalisation d'un test de dépistage VIH dans les 12 mois précédents parmi les consultants déjà testés

Variable	Modalités	Odds Ratio	IC 95 %
Immigré	Non	1*	
	Oui	1,85	(1,43 - 2,39)
Perception du risque de contamination	Aucun ou moins de risque	1*	
	Risque égal ou supérieur à la moyenne	1,55	(1,12 - 2,16)
Orientation sexuelle	Relation hétérosexuelle	1*	
	Relation homo ou bisexuelle	2,10	(1,66 - 2,66)

* Catégorie de référence

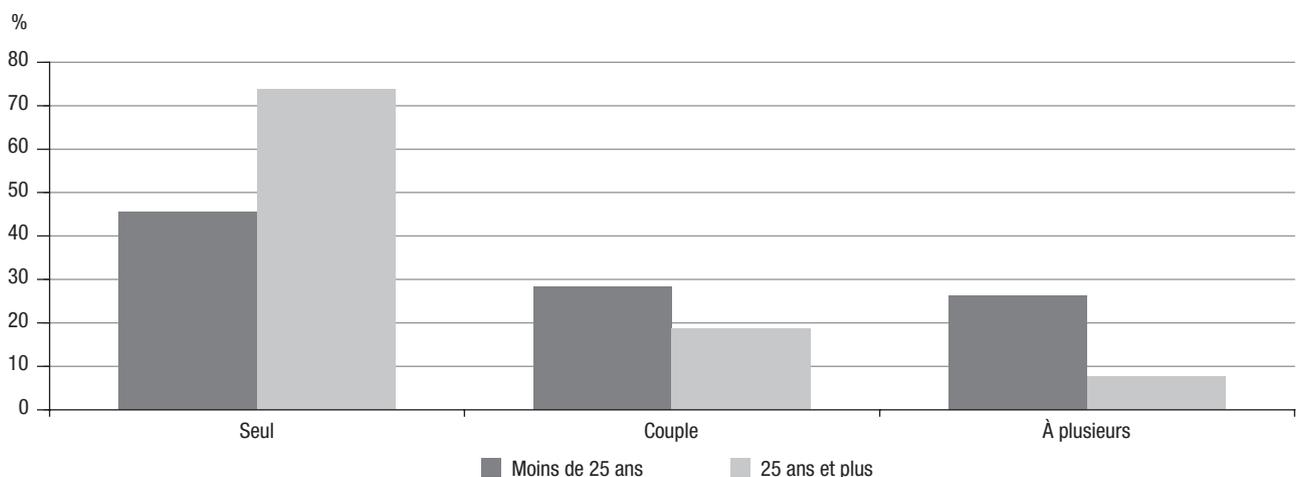
Profil des consultants de CDAG en 2004 - Institut de veille sanitaire

4.2 | Accompagnement à la consultation

Lors de leur demande de test ou d'information, la majorité (59 %) des consultants étaient venus seuls. Un quart (24 %) était venu en couple et 17 % à plusieurs (avec amis ou famille). Le fait d'être accompagné variait en fonction

de l'âge puisque les plus jeunes venaient plus souvent accompagnés que leurs aînés (figure 2) et variait en fonction du sexe, puisque les femmes venaient plus souvent accompagnées que les hommes.

Figure 2 - Proportions des différents modes d'accompagnement lors de la venue à la CDAG en fonction l'âge



Profil des consultants de CDAG en 2004 - Institut de veille sanitaire

4.3 | Initiative du dépistage

L'initiative du test de dépistage était très majoritairement personnelle (87 %) pour l'ensemble des consultants. Cependant, le test était significativement plus souvent

sollicité à la demande d'un médecin ou d'une administration pour les personnes originaires d'ASS que pour les Français de naissance (6 % contre 2 %).

4.4 | Motifs de la demande

Globalement, le premier motif de demande de dépistage cité était l'arrêt des préservatifs avec le partenaire sexuel (24 %), particulièrement pour les personnes effectuant leur premier test VIH (28 %). Ce motif était moins

fréquemment cité par les immigrés et les personnes originaires d'ASS, même dans le cadre du premier test. C'est encore plus vrai pour les hommes homosexuels ou bisexuels (tableau 10).

En revanche, le fait de venir consulter “sans raison particulière, pour voir” était plus souvent évoqué par les immigrés que par les Français ou nés en France ou les hommes homosexuels ou bisexuels.

Les consultants déjà testés auparavant viennent plus fréquemment pour un motif traduisant un risque : un changement de partenaire, un incident dans l'usage de préservatif ou après un contact accidentel avec du sang.

Tableau 10 - Motifs de dépistage pour trois catégories de consultants : immigrés réalisant leur premier test et hommes homo ou bisexuels

Motifs	Consultants immigrés*		Premier test VIH*		Rapports homo ou bisexuels*		Total*
	oui	non	oui	non	oui	non	
	%	%	%	%	%	%	%
Pour arrêter les préservatifs avec [le] partenaire	14	25	28	22	12	27	24
Par peur d'une contamination après un rapport sexuel	22	23	24	23	31	21	23
À cause d'un incident ou d'une rupture de préservatif	17	17	15	18	18	17	17
Suite à un changement de partenaire	15	14	10	17	9	15	14
Sans raison particulière, pour voir	14	7	10	6	9	8	8
À cause d'un doute sur la séropositivité du partenaire	5	6	6	6	10	5	6
Après un contact accidentel avec du sang	2	2	1	2	1	2	2
Suite à une campagne d'information ou d'incitation	2	2	3	1	2	2	2
Parce que [le consultant] a un problème de santé, une IST	4	1	1	2	2	1	1
Parce que [le] partenaire refuse de faire un test	1	1	1	1	0	0	1
Parce que [le] partenaire est séropositif	1	1	0	1	4	0	1
À la suite de violences sexuelles, de rapports non consentis	1	1	1	0	1	0	1
Après usage de drogue par voie injectable	0	0	0	0		1	0

* Les sommes des pourcentages peuvent dépasser 100 car plusieurs motifs pouvaient être cités par un même consultant.
 Profil des consultants de CDAG en 2004 - Institut de veille sanitaire

Indépendamment du motif de dépistage, il était demandé aux consultants s'ils pensaient avoir pris un risque vis-à-vis du VIH. Un peu moins de la moitié des personnes répondaient avoir pris un risque, leur motif de dépistage impliquant alors un rapport sexuel à risque (incident avec le préservatif ou rapport jugé à risque sans précision). Les personnes originaires d'ASS déclaraient plus souvent ne pas savoir si elles avaient pris un risque.

La hiérarchie des motifs de dépistage ne variait pas selon le sexe.

Une analyse multivariée a été réalisée pour mettre en évidence la relation statistique entre les motifs de dépistage et plusieurs facteurs : “une perception du risque augmentée”, “le fait d'avoir déjà été testé”, “le fait d'être séropositif”, et “le fait de consulter à l'hôpital”. Les figures relatives aux modèles finaux obtenus représentent l'odds-ratio et son intervalle de confiance à 95 % mesurant indépendamment l'association de chaque motif avec la variable considérée. L'association est positive quand la valeur de l'odds-ratio dépasse 1 et négative quand la valeur est inférieure à 1.

Dans les figures 3 à 6, les motifs de dépistage sont désignés par les abréviations suivantes :

Abréviation	Motifs de dépistage
arr	Pour arrêter les préservatifs avec [le] partenaire
rapp	Par peur d'une contamination après un rapport sexuel
acci	À cause d'un incident ou d'une rupture de préservatif
chg	Suite à un changement de partenaire
voir	Sans raison particulière, pour voir
dout	À cause d'un doute sur la séropositivité du partenaire
sang	Après un contact accidentel avec du sang
incit	Suite à une campagne d'information ou d'incitation
ist	Parce que [le consultant] a un problème de santé, une IST
refu	Parce que [le] partenaire refuse de faire un test
sero	Parce que [le] partenaire est séropositif
viol	À la suite de violences sexuelles, de rapports non consentis
drog	Après usage de drogue par voie injectable

Quels sont les motifs de test associés au fait de se percevoir plus à risque ?

Le modèle est calculé sur 254 personnes se percevant plus à risque contre 4 840 se percevant avec aucun, moins ou autant de risque que la moyenne.

Les motifs de consultation associés à une perception accrue du risque sont “le fait d’avoir un partenaire séropositif” (OR = 11,38 [6,34 - 20,40]), “venir à la suite de violences sexuelles” (OR = 4,75 [2,10 - 10,75]) et “douter de la fidélité du partenaire sexuel” (OR = 1,71 [1,15 - 2,54]).

A contrario, les consultations de dépistage “pour arrêter l’usage des préservatifs” (OR = 0,34 [0,23 - 0,51]), “suite à un changement de partenaire” (OR = 0,51 [0,33 - 0,79]) ou “sans raison particulière, pour voir” (OR = 0,37 [0,20 - 0,74]), sont associées à une perception d’un risque de contamination plus faible.

Quels sont les motifs de test associés au fait d’avoir déjà été testé ?

Le modèle est calculé pour 3 089 personnes déjà testées contre 2 076 réalisant leur premier test VIH.

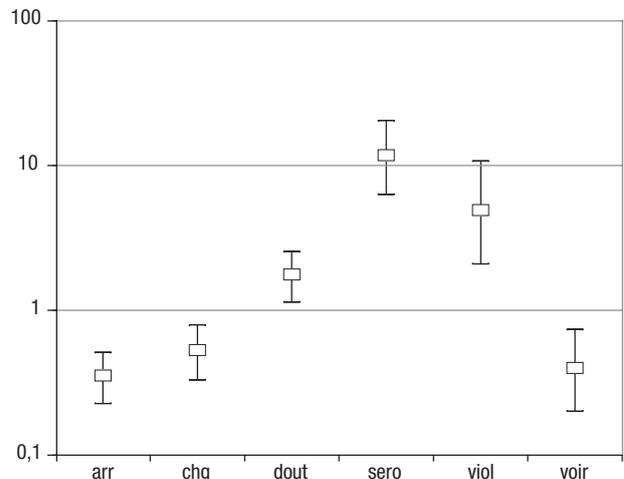
“Le fait d’avoir un partenaire séropositif” (OR = 4,77 [1,89 - 12,1]) et “la venue suite à un changement de partenaire” (OR = 1,43 [1,21 - 1,69]) sont significativement associés au fait d’avoir déjà réalisé un dépistage.

A contrario, les motifs de dépistage que sont “la peur d’une contamination après un rapport sexuel” (OR = 0,74 [0,65 - 0,85]), “arrêter l’usage de préservatif” (OR = 0,59 [0,51 - 0,67]), “sans raison particulière, pour voir” (OR = 0,48 [0,39 - 0,59]), ou plus encore “suite à une campagne d’information ou d’incitation” (OR = 0,27 [0,18 - 0,42]) sont associés à un premier dépistage.

Quels sont les motifs de test associés au fait d’être séropositif ?

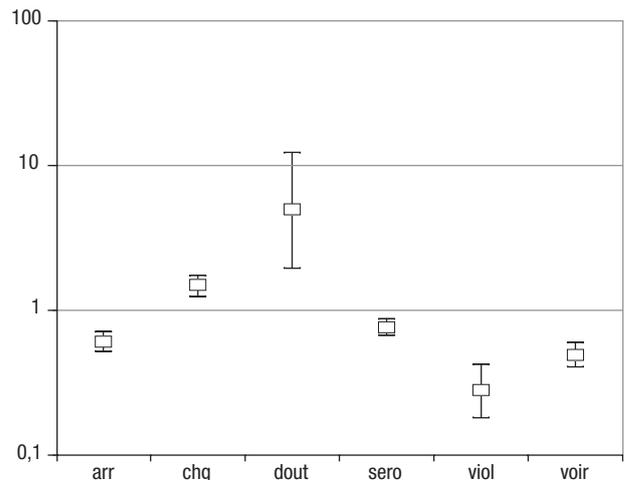
Le modèle est calculé sur 24 personnes séropositives et 5 347 séronégatives. Les motifs que sont “avoir un partenaire séropositif” (OR = 11,45 [2,60 - 50,54]) et “venir pour un problème de santé, une IST” (OR = 10,71 [3,10 - 36,94]) sont fortement associés au fait d’être dépisté positif.

Figure 3 - Motifs de test associés au fait de se percevoir plus à risque



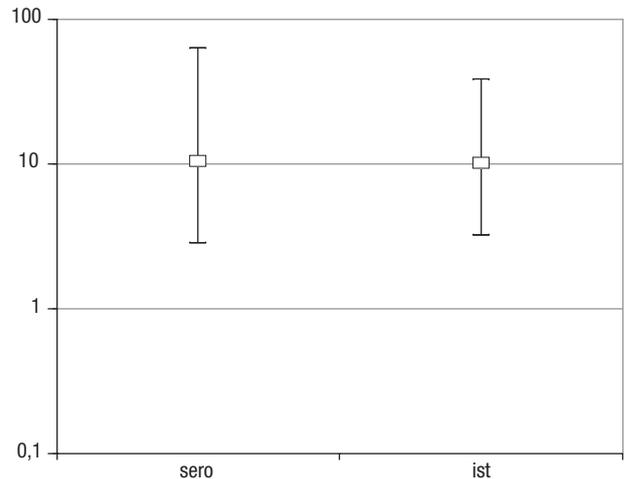
Profil des consultants de CDAG en 2004 - Institut de veille sanitaire

Figure 4 - Motifs de test associés au fait d’avoir déjà été testé



Profil des consultants de CDAG en 2004 - Institut de veille sanitaire

Figure 5 - Motifs de test associés au fait d’être séropositif



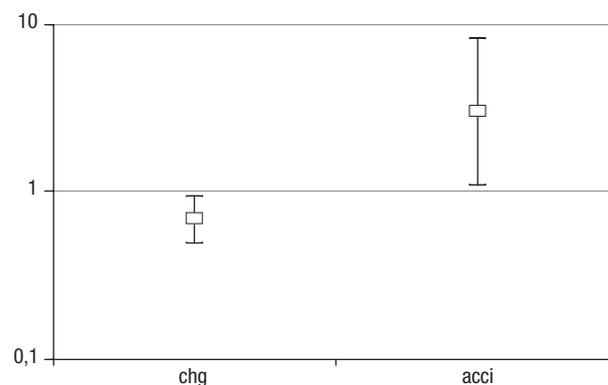
Profil des consultants de CDAG en 2004 - Institut de veille sanitaire

Quels sont les motifs associés au fait de consulter dans une CDAG hospitalière ?

L'analyse est restreinte aux consultations à Paris, où le choix est réel entre consultations de ville et hospitalière. Elle est calculée pour 406 personnes ayant consulté dans une CDAG hospitalière et 708 dans un CDAG de ville.

Les personnes venant "suite à un contact accidentel avec du sang" (OR = 2,77 [1,06 - 7,22]) consultent plus favorablement à l'hôpital contrairement aux personnes venant "suite à un changement de partenaire, pour assurer leur statut de séronégatif" (OR = 0,64 [0,44 - 0,93]). Ceci est certainement le reflet de la possibilité de se voir prescrire un traitement de prophylaxie post-exposition à l'hôpital.

Figure 6 - Motifs associés au fait de consulter dans une CDAG hospitalière



Profil des consultants de CDAG en 2004 - Institut de veille sanitaire

4.5 | Délai de venue

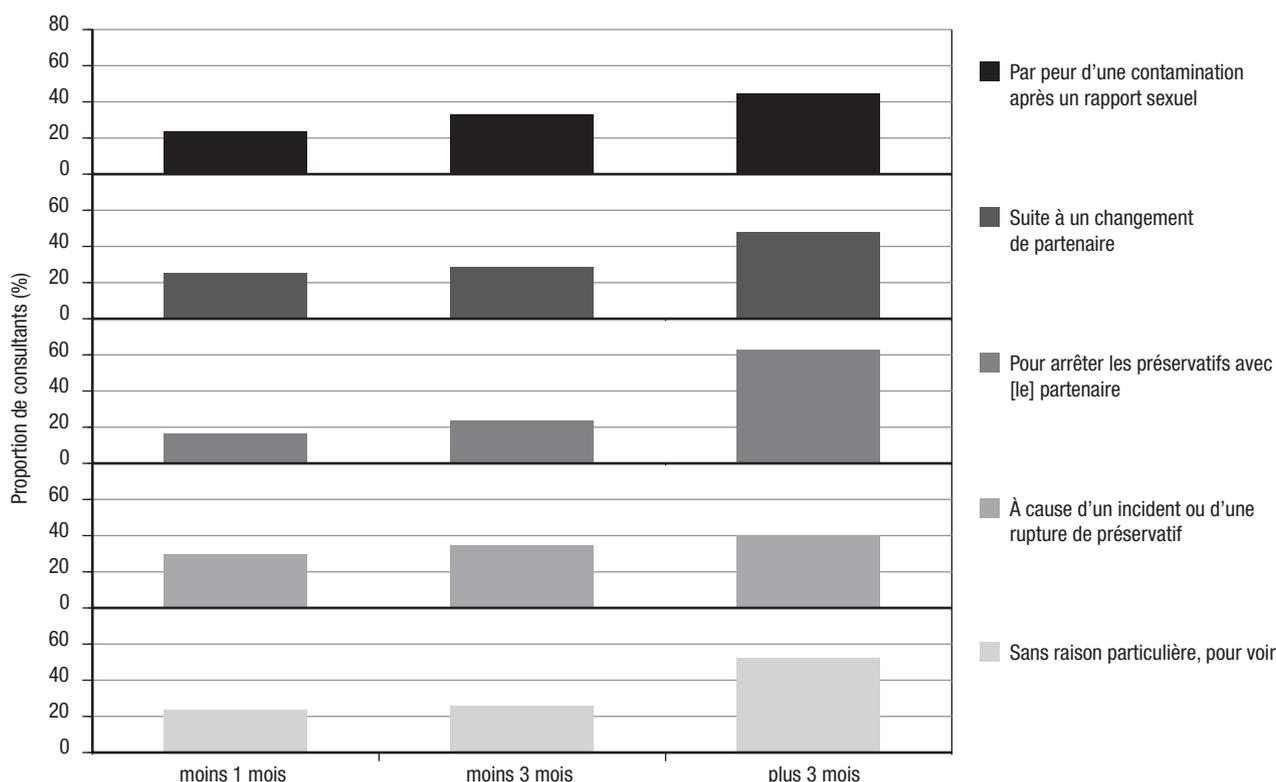
Il était demandé aux consultants qui pensaient avoir pris un risque concernant une exposition potentielle au VIH le délai entre ce dernier événement à risque et la venue à la CDAG.

La répartition des délais est représentée pour les principaux motifs de consultation en figure 7.

Le motif "d'arrêter le préservatif", qui était le plus cité, correspond le plus souvent aux délais de venue les plus

longs (62 % des consultants citant ce motif étaient venus plus de 3 mois après leur dernier événement à risque). À l'inverse et logiquement, "l'incident ou la rupture de préservatif", cités comme motif de consultation, sont associés à des délais de venue courts (61 % des consultants citant ce motif étaient venus moins de 3 mois après l'événement).

Figure 7 - Répartition des délais de venue selon le motif de consultation



Profil des consultants de CDAG en 2004 - Institut de veille sanitaire

4.6 | Perception du niveau de risque

À la question leur demandant de situer leur niveau de risque de contamination par le VIH globalement “par rapport aux autres”, 5 % des consultants répondaient se considérer comme “plus à risque que les autres”. Ils étaient 30 % à ne percevoir aucun risque ou moins de risques que les autres.

Les jeunes de moins de 25 ans étaient significativement moins nombreux à se déterminer plus à risque (3,6 %) que leurs aînés (tableau 11).

Tableau 11 - Répartition des consultants en fonction de la perception du risque personnel de contamination par le VIH et selon l'âge

Classe d'âge	Perception du risque					Total
	Aucun	Moins	Même	Plus	Ne sait pas	
Moins de 25 ans	253	521	1 449	93	298	2 614
%	9,7	19,9	55,4	3,6	11,4	
25 ans et plus	220	509	1 230	157	335	2 451
%	9,0	20,8	50,2	6,4	13,7	
Total	473	1 030	2 679	250	633	5 065
%	9,3	20,3	52,9	4,9	12,5	100,0

Profil des consultants de CDAG en 2004 - Institut de veille sanitaire

Les hommes étaient plus nombreux que les femmes à se considérer plus à risque. Et parmi eux, les hommes déclarant avoir des relations homosexuelles étaient particulièrement nombreux à se déterminer comme plus à risque (18 %).

Le modèle final de régression logistique analysant les déterminants de la perception d'un “risque supérieur ou égal aux autres” est présenté dans le tableau 12. Il est calculé sur 2 797 personnes se percevant à risque supérieur ou égal et 1 438 personnes à risque moindre. Il révèle que, de façon indépendante, les hommes ayant des relations

homosexuelles, les femmes, les personnes ayant eu plusieurs partenaires sexuels dans l'année et celles ayant eu un ou plusieurs partenaires occasionnels sont plus enclins à se considérer à risque supérieur ou égal. L'usage non systématique du préservatif est également un facteur associé à la perception d'un risque accru (OR = 1,79 [1,47 - 2,18]).

En revanche, les consultants des CDAG parisiennes se perçoivent significativement moins à risque qu'en Province ; et les consultants immigrés se perçoivent également moins à risque que les autres.

Tableau 12 - Facteurs liés à une perception d'un risque de contamination supérieur ou égal aux autres, modèle de régression logistique

Déterminants		Odds Ratio	IC95 %
Consultation	En province	1*	
	À Paris	0,62	(0,53 - 0,73)
Nombre de partenaires durant les 12 derniers mois	Un partenaire	1*	
	Nombre inconnu	1,10	(0,60 - 2,02)
	Plusieurs partenaires	1,58	(1,36 - 1,857)
Nature du (des) partenaire(s) durant les 12 derniers mois	Stable	1*	
	Nature inconnue	1,13	(0,70 - 1,83)
	Occasionnelle	1,41	(1,19 - 1,66)
Être immigré	Non	1*	
	Oui	0,67	(0,53 - 0,84)
Sexe	Homme	1*	
	Femme	1,30	(1,13 - 1,49)
Venue à la CDAG	En couple ou avec amis	1*	
	Seul	1,30	(1,14 - 1,49)
Orientation sexuelle	Relation hétérosexuelle	1*	
	Relation homo ou bisexuelles	1,63	(1,27 - 2,10)
Utilisation du préservatif avec partenaire occasionnel	Systématique	1*	
	Inconnue ou sans objet	1,12	(0,95 - 1,33)
	Pas systématique	1,79	(1,47 - 2,18)

* Catégorie de référence

Profil des consultants de CDAG en 2004 - Institut de veille sanitaire

Comparaison avec les données hors CDAG

Les consultants des CDAG sont plus enclins à se considérer avec un risque supérieur ou égal à la moyenne que les autres personnes interrogées (66 % dans ce cas en excluant les réponses “ne sait pas”). En effet, dans l'enquête KABP 2004, 54 % des français de 18-54 ans ayant effectué un test dans les 12 mois se considéraient à risque supérieur ou égal à la moyenne. Et dans l'enquête AIDES 2005 en Île-de-France, 51 % des participants déclaraient percevoir un risque supérieur ou égal.

4.7 | Prescription de tests de dépistage et résultats des tests

Après leur entretien, 94 % des consultants ont bénéficié d'au moins un dépistage et 93 % ont reçu une prescription de dépistage du VIH. Lorsqu'un dépistage VIH était prescrit, dans 48 % des cas, il l'était seul. Le dépistage VIH était accompagné d'un dépistage VHB dans 33 % des cas et d'un dépistage VHC dans 39 % des cas.

La prévalence de l'infection à VIH pour l'ensemble des consultants était de 0,51 %. Elle était plus élevée pour l'ensemble des immigrés (2,61 %) et parmi ceux originaires

d'ASS (4,78 %). Parmi les immigrés originaires d'ASS, les tests positifs concernaient exclusivement des femmes.

En ce qui concerne le dépistage des hépatites virales, la prévalence des anticorps anti-VHC était pour l'ensemble des consultants de 1,48 % et la prévalence de l'antigène anti-HBs pour l'ensemble des consultants de 1,23 %. Les résultats sont détaillés dans le tableau 13.

Tableau 13 - Résultats des tests de dépistage VIH, VHB, VHC

Nombre de consultants		Immigrés	Immigrés originaires d'ASS	Hommes homo- ou bisexuels	Ensemble des consultants
VIH	testés (n)	536	209	437	4 924
	positifs (%)*	2,61 %	4,78 %	1,60 %	0,51 %
	IC95 %	[1,26 - 3,96]	[1,89 - 7,68]	[0,42 - 2,78]	[0,31 - 0,71]
VHC	testés (n)	238	110	174	1 690
	positifs (%)#	5,04 %	5,45 %	1,72 %	1,48 %
	IC95 %	[2,26 - 7,82]	[1,21 - 9,70]	[0 - 3,66]	[0,90 - 2,05]
VHB	testés (n)	220	104	134	1 219
	positifs (%)§	4,55 %	9,62 %	0,75 %	1,23 %
	IC95 %	[1,79 - 7,30]	[3,95 - 15,28]	[0 - 2,20]	[0,61 - 1,85]

* Test ELISA VIH positif et confirmation positive

Test ELISA VHC positif

§ Détection d'antigène HBs

Profil des consultants de CDAG en 2004 - Institut de veille sanitaire

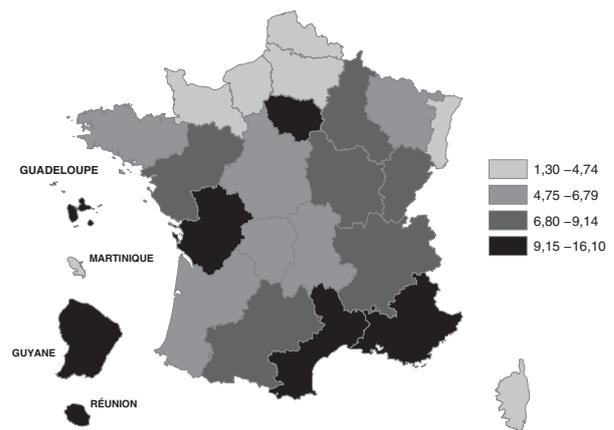
5 | Comparaisons régionales

5.1 | Contexte

Les bilans d'activité annuelle des CDAG nous permettent d'observer des différences régionales dans la répartition géographique des CDAG, dans les nombres de sérologies VIH réalisées et les proportions de sérologies positives retrouvées [2].

En effet, le nombre de tests VIH réalisés en CDAG rapporté à la population des 20-59 ans peut varier d'un facteur 10 d'une région à l'autre (figure 8). Les régions du nord de la France, depuis la Basse-Normandie jusqu'au Nord Pas-de-Calais (1,3 à 3,6 ‰) et l'Alsace, réalisent moins de sérologies VIH en CDAG. L'Île-de-France (16,1 ‰), le Poitou-Charentes (9,3 ‰), les régions méditerranéennes, sauf la Corse, et les départements d'outre-mer, sauf la Martinique, ont des nombres de sérologies plus élevés.

Figure 8 - Nombre de sérologies VIH réalisées en CDAG pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans, en 2004

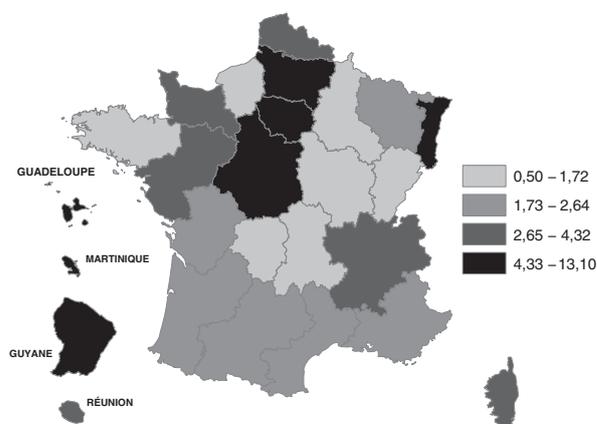


Profil des consultants de CDAG en 2004 - Institut de veille sanitaire

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 9).

Ainsi, l'Île-de-France (8,2 ‰), l'Alsace (5,9 ‰), le Centre (5,0 ‰), la Picardie (4,4 ‰) et les départements d'outre-mer (5,9 à 13,1 ‰), hormis la Réunion, ont les proportions les plus fortes.

Figure 9 - Nombre de sérologies positives pour 1 000 sérologies VIH réalisées en CDAG, en 2004



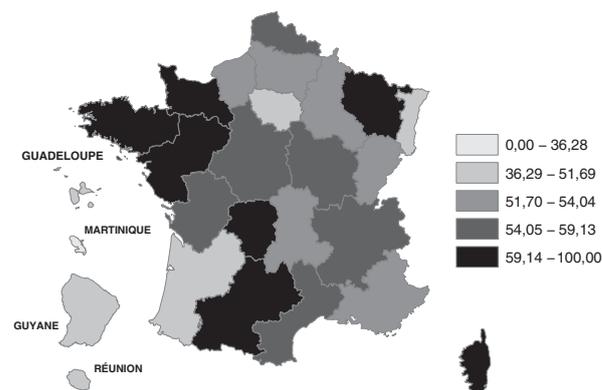
Profil des consultants de CDAG en 2004 - Institut de veille sanitaire

5.2 | Caractéristiques des consultants de CDAG

Jeunes de moins de 25 ans

Les régions accueillant proportionnellement davantage de jeunes en CDAG sont la Bretagne (63,0 ‰), la Basse-Normandie (59,2 ‰), les Pays de la Loire (66,0 ‰), la Lorraine (65,9 ‰), le Limousin (63,0 ‰), la région Midi-Pyrénées (59,1 ‰) et la Corse (100 ‰) (figure 10).

Figure 10 - Proportion de consultants de CDAG de moins de 25 ans

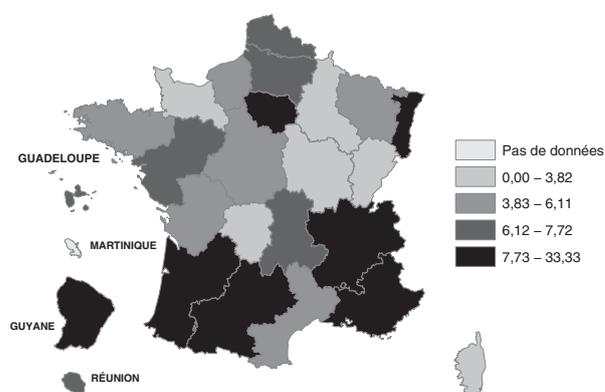


Profil des consultants de CDAG en 2004 - Institut de veille sanitaire

Immigrés

Les régions accueillant le plus de consultants immigrés en CDAG sont l'Île-de-France (17,8 ‰), l'Alsace (21,6 ‰) et les régions du sud (de 7,7 à 10,8 ‰), hormis le Languedoc-Roussillon. La Guyane (33,3 ‰) est également très concernée (figure 11).

Figure 11 - Proportion de consultants immigrés en CDAG

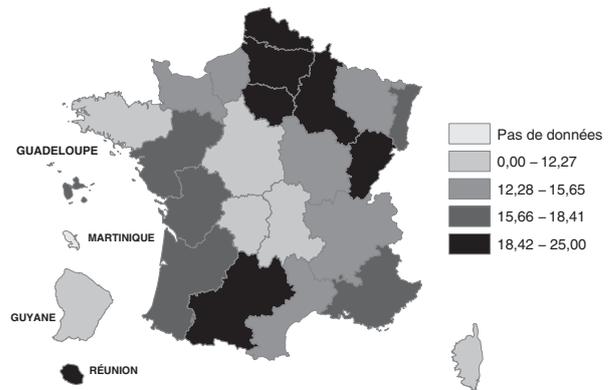


Profil des consultants de CDAG en 2004 - Institut de veille sanitaire

Hommes homosexuels ou bisexuels

Les régions du nord de la France (de 18,4 à 25,0 %) ainsi que la région Midi-Pyrénées (20,8 %) ont les plus grandes proportions de consultants homosexuels ou bisexuels en CDAG (figure 12).

Figure 12 - Proportion d'hommes homosexuels ou bisexuels parmi les consultants de CDAG



Profil des consultants de CDAG en 2004 - Institut de veille sanitaire

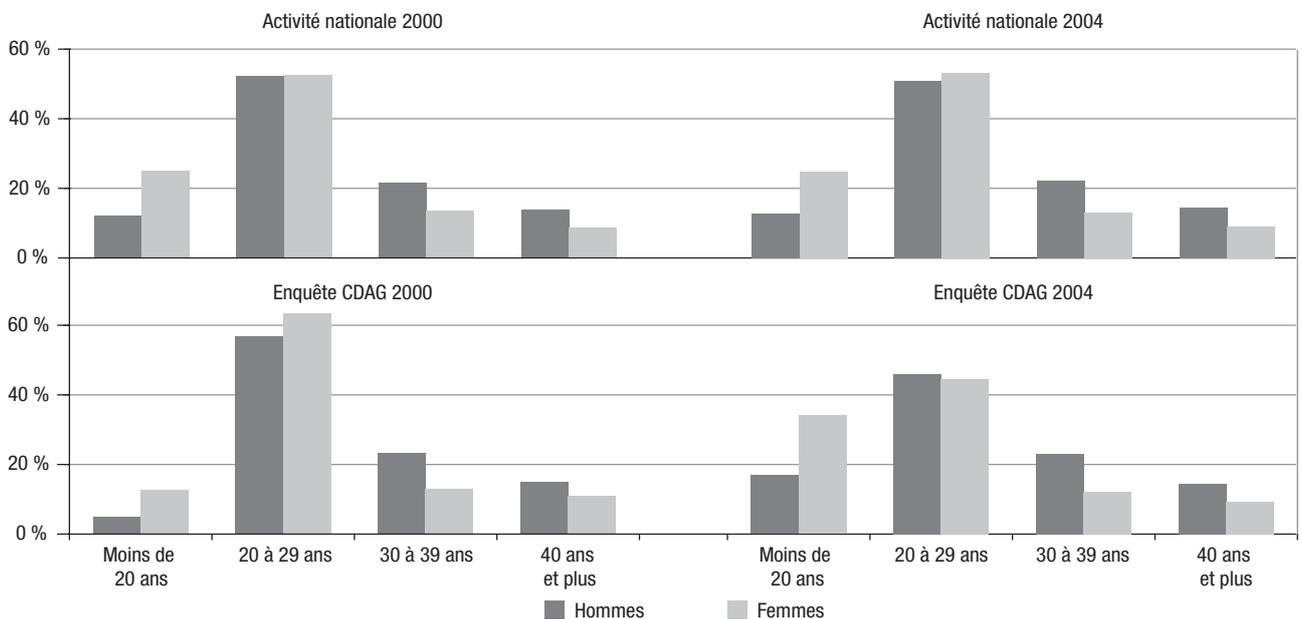
6 | Analyse des évolutions entre 2000 et 2004

L'enquête 2004 s'est déroulée de façon similaire à celle de 2000. La comparaison des principales caractéristiques des répondants lors des deux enquêtes peut donner des éléments d'évolution du profil des consultants de CDAG.

Lors des deux enquêtes, les proportions d'hommes et de femmes étaient les mêmes, respectivement 54 % et 46 %. En revanche, la répartition par âge différait significativement avec une population plus jeune en 2004 (davantage de personnes de 18 à 20 ans et un nombre inférieur de personnes de 20 à 29 ans).

La différence de composition en âge entre les deux enquêtes était probablement plus liée à un biais dans le recrutement en 2000 qu'à une différence de population fréquentant les CDAG entre les deux périodes (figure 13). Les activités annuelles sont en effet stables entre 2000 et 2004 et la répartition dans l'enquête 2004 ressemble à celle observée par les bilans d'activité pour l'année 2004. En revanche, la distribution par âge de l'enquête 2000 semble différente de celle qui a été observée tout au long de la même année.

Figure 13 - Comparaison des répartitions en âge et sexe rapportées par l'activité nationale aux populations des enquêtes de 2000 et 2004



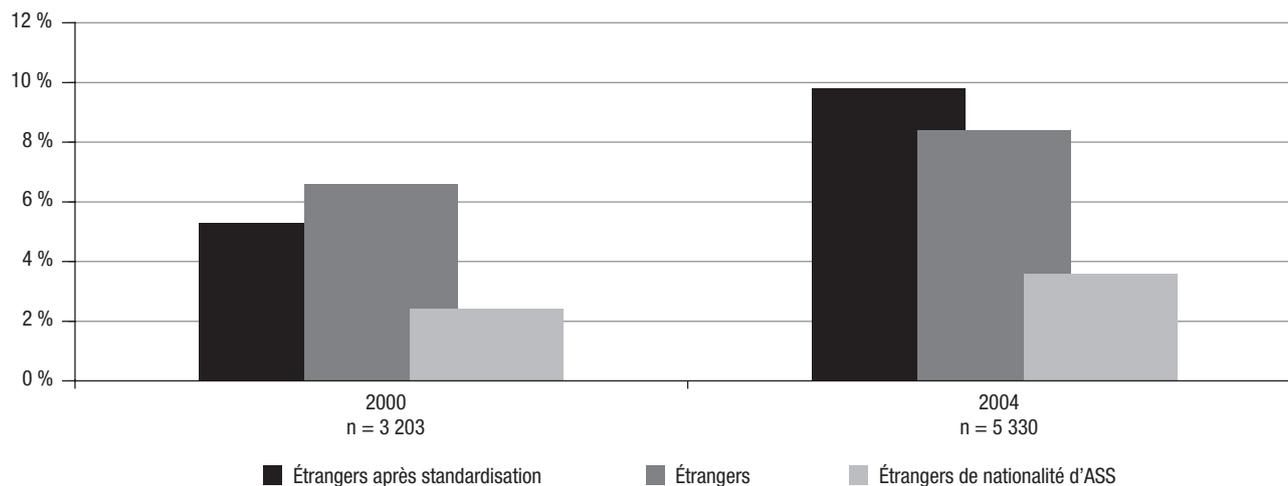
Profil des consultants de CDAG en 2004 - Institut de veille sanitaire

Pour prendre en compte les différences d'âge entre les enquêtes de 2000 et de 2004, les comparaisons ultérieures ont été faites en standardisant sur l'âge.

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 (figure 14 et tableau 14). La proportion d'homosexuels parmi les hommes participants a ainsi augmenté de 12 à 15 %.

Figure 14 - Évolution de la proportion d'étrangers et d'étrangers de nationalité d'ASS entre les enquêtes 2000 et 2004



Profil des consultants de CDAG en 2004 - Institut de veille sanitaire

Tableau 14 - Évolution de l'orientation sexuelle déclarée par sexe entre les enquêtes 2000 et 2004

Orientation sexuelle		CDAG 2000 %*	CDAG 2004 %*
Hommes	Hétérosexuelle	81,3	76,1
	Homosexuelle	12,0	14,7
	Bisexuelle	6,3	8,5
	Aucune	0,4	0,7
	Total % (n)	100,0 (1 998)	100,0 (2 814)
Femmes	Hétérosexuelle	95,8	96,8
	Homosexuelle	1,4	1,4
	Bisexuelle	1,3	1,6
	Aucune	1,5	0,3
	Total % (n)	100,0 (1 723)	100,0 (2 390)

* après standardisation sur l'âge

Profil des consultants de CDAG en 2004 - Institut de veille sanitaire

7 | Analyse des caractéristiques des consultants originaires d'Afrique subsaharienne

Une analyse particulière a été réalisée sur les immigrés répondants de l'enquête 2004. Elle a consisté à décrire les consultants originaires d'ASS et de comparer par rapport aux autres consultants leur caractéristiques socio-démographiques, leur recours au dépistage, leurs comportements à risque vis-à-vis du VIH et la proportion de positifs.

Les immigrés représentaient 11 % des consultants. Ils étaient particulièrement représentés parmi les consultants de Guyane (33 %), d'Alsace (22 %) et d'Île-de-France

(18 %) (figure 11). La proportion d'hommes n'était pas différente parmi l'ensemble des consultants et parmi les immigrés. Les immigrés étaient significativement plus âgés que les consultants français de naissance.

Les personnes originaires d'ASS représentaient 40 % des immigrés et 4,5 % de l'ensemble des consultants. Elles étaient en moyenne plus âgées (médiane d'âge de 28 ans) que le reste des consultants et avaient majoritairement consulté en Île-de-France (63 %) (tableau 15).

Tableau 15 - Réponses comparées des immigrés subsahariens et des autres participants

Variables	Immigrés originaires d'ASS (%)	Français et étrangers non originaires d'ASS (%)	Valeur p Test chi2
Participants	4,5 (n = 239)	95,5 (n = 5 055)	
Âge médian	28 ans (15-74)*	24 ans (13-89)*	<0,0005
Proportion d'hommes	52,5	54,1	0,63
Consultation en CDAG d'Île-de-France	62,9	33,0	<0,0005
Situation vis-à-vis du travail			
Travail stable	37,5	43,5	<0,0005
Poursuites d'études	24,1	36,9	
Sans emploi	25,9	14,8	
Au foyer sans recherche d'emploi	8,8	3,7	
Autres, retraite	3,7	1,1	
Niveau d'études atteint			
École primaire	6,3	1,9	<0,0005
Collège, CAP, BEP	26,6	18,5	
Lycée, BAC	26,1	24,6	
Études supérieures	41,0	55,0	
Couverture maladie			
Sécurité sociale ou CMU	70,9	94,7	<0,0005
AME	10,9	0,6	
Aucune couverture sociale	15,2	1,4	
A déjà été testé pour le VIH	69,1	58,5	0,0007
A eu un test dans les 12 derniers mois (parmi les testés)	59,1	45,3	0,002
Ressenti du risque VIH comparé aux autres			
Aucun risque	15,0	9,1	<0,0005
Moins de risque	16,1	20,1	
Risque égal ou supérieur	42,2	58,3	
Ne sait pas	26,6	12,1	
Plusieurs partenaires au cours des 12 derniers mois	38,2	59,0	<0,0005

Variables	Immigrés originaires d'ASS (%)	Français et étrangers non originaires d'ASS (%)	Valeur p Test chi2
Rapports homo ou bisexuels masculins	6,8	18,4	0,001
Utilisation systématique du préservatif avec partenaires occasionnels	37,8	48,6	0,04
Prescription de tests			
VIH	94,0	93,6	0,82
Infection sexuellement transmissible	33,9	18,6	<0,0005
Résultats VIH positif	4,8	0,3	<0,0005

* Étendue

Profil des consultants de CDAG en 2004 - Institut de veille sanitaire

Les consultants originaires d'ASS étaient moins nombreux à déclarer un niveau d'étude supérieur, au-delà du baccalauréat, et plus nombreux au niveau primaire et collègue que les français de naissance.

Si 15 % des consultants étaient sans emploi au moment de leur visite, ceux originaires d'ASS étaient à 26 % dans cette situation.

Enfin, 15 % des immigrants originaires d'ASS déclaraient n'avoir aucune couverture sociale (ni sécurité sociale, ni aide médicale d'État).

Concernant les antécédents de dépistage du VIH, les immigrants originaires d'ASS avaient été plus souvent testés au moins une fois au cours de leur vie que le reste des consultants, sans différence notable entre sexes. Pour chaque catégorie d'âge, les immigrants étaient d'autant plus testés qu'ils résidaient en France depuis longtemps. Cependant, dans l'ensemble, ils restaient plus souvent testés que les Français de naissance.

Concernant les motifs de test VIH, celui "d'arrêter les préservatifs", le plus cité globalement, était moins fréquemment cité par les personnes originaires d'ASS, même dans le cadre du premier test.

Si globalement, la proportion d'hommes se déclarant homosexuels ou bisexuels était élevée parmi les consultants français et étrangers non originaires d'ASS (18 %), elle était moindre parmi les hommes originaires d'ASS (7 %).

Quant au nombre de partenaires sexuels, les consultants originaires d'ASS mentionnaient moins souvent de multiples partenaires (26 % des femmes et 49 % des hommes) au cours de l'année écoulée que le reste des consultants.

Lors des relations sexuelles avec un partenaire occasionnel, les consultants originaires d'ASS déclaraient plus fréquemment ne pas utiliser systématiquement le préservatif que le reste des consultants.

Concernant leur perception globale du risque de contamination VIH, les personnes originaires d'ASS déclaraient plus souvent se considérer "sans aucun risque" et étaient également plus nombreuses à ne pas savoir situer leur risque par rapport aux autres.

En ce qui concerne les prescriptions, les personnes originaires d'ASS ont bénéficié plus fréquemment d'une prescription de tests de dépistage des hépatites (54 % vs 37 % pour le VHC et 56 % vs 30 % pour le VHB) et, quand la CDAG le permettait, des IST (34 % vs 19 %) que le reste des consultants. Le recours au dépistage VIH était le même pour les immigrants ou les Français de naissance.

Enfin, la prévalence de l'infection à VIH parmi les consultants immigrants originaires d'ASS de 4,78 % était nettement plus élevée que dans les autres catégories de consultants. Il en était de même pour les hépatites virales avec des prévalences de 5,45 % pour les anticorps anti-VHC et 9,62 % pour l'antigène HBs.

Comparaison avec les données hors CDAG

Les données recueillies lors des opérations d'incitation au dépistage coordonnées par AIDES Île-de-France permettaient de décrire le niveau de connaissance et de fréquentation des CDAG selon la nationalité (données non publiées analysées par l'InVS). Un peu plus de la moitié (52 %) des interrogés connaissait les CDAG, les Français ayant une meilleure connaissance du dispositif (57 %) que les étrangers (39 %). Mais, parmi les étrangers, les originaires d'ASS étaient ceux connaissant le plus les CDAG (46 %).

Parmi les personnes connaissant les CDAG, 38 % y avaient déjà consulté. Seuls 36 % des Français qui connaissaient avaient fréquenté une consultation alors que plus (48 %) des personnes d'ASS connaissant le dispositif y étaient déjà allés.

Discussion

Cette enquête épidémiologique représente un point de vue unique sur les personnes se faisant dépister pour le VIH en France. Elle permet de dresser un tableau national des demandes de dépistage dans le cadre anonyme, qui est rarement décrit par ailleurs. Elle permet de voir les diversités régionales et la propension des consultations à accueillir des populations particulières.

Une enquête représentant la fréquentation du dépistage anonyme et gratuit

On peut s'interroger sur la représentativité de consultants interrogés au cours d'une semaine donnée. Cette durée d'enquête a été choisie pour ne pas trop solliciter les équipes des CDAG afin d'assurer une participation satisfaisante. En outre, il avait été estimé, par rapport à l'activité annuelle des CDAG, qu'environ 6 100 accueils étaient réalisés en moyenne par semaine. La fréquentation de 5 762 personnes durant la semaine choisie en octobre nous paraît correspondre à un régime normal dans l'activité annuelle des CDAG, hors périodes de vacances, actions spécifiques de dépistage ou campagnes d'incitation. De plus, toutes les régions ont été représentées à hauteur de leur activité de dépistage annuel [2]. Le niveau de participation des consultations comme celui des consultants était en augmentation par rapport aux deux enquêtes précédentes [3,4]. Enfin, d'après les informations recueillies sur les consultants au niveau de l'activité nationale, en termes d'âge et de sexe, les participants de l'enquête sont très comparables à ce qui est retrouvé tout au long de l'année 2004.

La qualité des réponses liées aux comportements à risque peut, dans ce type d'enquête, être affectée par un biais de désirabilité. Il nous est impossible de l'appréhender mais l'anonymat et la confiance accordée au "lieu" CDAG, qui avait été choisi par les personnes pour exposer leur demande de test, nous semble garantir un moindre biais que si le questionnaire était administré dans une autre structure.

La participation des consultants et le remplissage du questionnaire étaient assujettis à la compréhension des questions et on ne peut pas ignorer le biais représenté par un problème de langue qui diminuerait la participation des étrangers non francophones. Par l'intermédiaire des médecins consultants qui vérifiaient les difficultés de remplissage du questionnaire, on peut estimer qu'au plus 1 % des personnes n'auraient pas pu répondre pour ce

motif. L'existence d'un tel biais favoriserait la conclusion d'une fréquentation en hausse de la part des étrangers.

Enfin, un indicateur de représentativité nous est fourni par la proportion de tests positifs observée durant la semaine d'enquête qui est la même que celle observée ces dernières années dans les CDAG, 5 positifs pour 1000 tests.

Le dispositif de dépistage anonyme et gratuit accueille des jeunes et des personnes à risque

Les consultants des CDAG avaient été décrits en 1999 et 2000 par les deux enquêtes nationales précédentes comme étant plus jeunes et plus à risque que la population générale [3,4]. Le même constat peut être fait dans cette enquête en 2004. 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 [7,8]. On sait par ailleurs que la proportion de sérologies VIH positives est deux fois plus importante en CDAG que dans les autres contextes de dépistage (hôpital, médecine générale, etc.) [2].

Les consultants de CDAG de l'enquête 2004 ont été comparés avec les participants de deux enquêtes distinctes réalisées durant la même période 2004-2005. Grâce à la première, l'enquête réalisée par l'ORS, nous avons pu connaître les caractéristiques des Français qui avaient réalisé un test VIH dans l'année [5]. Ces personnes représentent donc la population fréquentant le dispositif de dépistage dans toutes ses composantes, anonyme ou non, et de façon volontaire ou proposée. En comparaison, la population des CDAG apparaît plus jeune, plus souvent multipartenaire et se perçoit plus à risque vis-à-vis du VIH que la moyenne. Ceci confirme la capacité spécifique des CDAG à accueillir des jeunes et des personnes à risque.

La deuxième comparaison a été réalisée en exploitant les données des opérations d'incitation au dépistage de l'association AIDES Île-de-France [6]. Ces opérations ont permis de caractériser des personnes qui, comme les consultants de CDAG, sont intéressées par leur statut VIH mais n'ont pas forcément recours aux consultations de dépistage. L'intérêt de ces données était donc de pouvoir décrire une population plus immédiatement concernée par son statut VIH que les personnes simplement testées dans l'année, telles que fournies par l'enquête précédemment décrite.

Comme en CDAG, le public rencontré est jeune, la moitié a moins de 25 ans. Assez logiquement, on retrouve parmi les répondants des opérations en lieux publics moins de personnes déjà testées, moins d'hommes se déclarant homosexuels ou bisexuels et de personnes se percevant plus à risque. Par contre, les CDAG d'Île-de-France accueillent presque deux fois moins d'étrangers, et d'Africains en particulier, que les opérations d'incitation au dépistage.

Une population particulièrement à risque dans le dépistage anonyme a également été observée dans des pays voisins de la France, en Belgique et en Suisse [9,10]. Au milieu des années 1990 et au niveau européen, seul 1,5 % des tests de dépistage était effectué dans un cadre anonyme, mais on y retrouvait 8,5 % des tests positifs [11].

Plus largement, le dépistage anonyme a été décrit comme favorisant le dépistage des personnes à haut risque et de celles qui ne solliciteraient pas volontairement un test dans un autre cadre de dépistage [12-15].

Particularités des immigrés originaires d'Afrique subsaharienne

La plus grande présence d'étrangers en 2004 qu'auparavant représente une évolution notable dans la fréquentation des CDAG. Or, les personnes migrantes en France, particulièrement celles originaires d'ASS, représentent une part croissante des nouveaux diagnostics de VIH et de sida [2]. Enfin, la fréquence du retard au dépistage parmi les migrants a été mise en évidence au moment de la prise en charge de l'infection [16]. Après que des actions d'incitation au dépistage à destination des migrants ont été réalisées en 2002 [17], il semblait intéressant d'apprécier à quel point ils fréquentent le dispositif offert par les CDAG. Une augmentation de 66 % de la proportion des étrangers parmi les consultants est observée entre 2000 et 2004. La part des immigrés parmi les consultants en comparaison de la population générale s'en trouve également renforcée. Notamment, les immigrés de pays d'ASS, qui représentent environ 1 % des habitants âgés de 18 ans ou plus en France en 2004 [18], sont presque cinq fois plus nombreux parmi les consultants des CDAG.

Les personnes originaires d'ASS consultant les CDAG diffèrent des consultants français en étant plus âgés et en présentant une situation socioprofessionnelle plus précaire. On observe également un contraste dans les motifs de test qui sont déclarés. Les consultants français fréquentent souvent les CDAG dans le cadre d'une stratégie de prévention pour une relation sexuelle exclusive (connaître son statut afin d'arrêter l'usage des préservatifs dans une relation stable ou après un changement de partenaire). Les

personnes originaires d'ASS, quant à elles, sollicitent plus souvent le test en réponse à une prise de risque ponctuelle (un rapport sexuel à risque). Paradoxalement, les personnes originaires d'ASS ont plus de difficultés à situer leur niveau de risque ou à affirmer une prise de risque vis-à-vis du VIH. Par ailleurs, elles présentent un niveau moindre d'utilisation systématique du préservatif et se voient prescrire plus fréquemment un dépistage d'infections sexuellement transmissibles (on ne peut exclure ici le simple effet de recommandations particulières).

Ces données, associées au niveau de prévalence de dépistages positifs élevé, confirment l'importance des interventions de prévention et la nécessité du dépistage dans la population immigrée d'ASS. Dépistage dans le cadre d'une consultation qui apporte l'occasion, au-delà du test, de discuter des comportements à risque et d'une stratégie de prévention avant et après un résultat négatif.

En l'occurrence, les données sur les antécédents de tests nous montrent que les immigrés en général et ceux originaires d'ASS ont plus fréquemment déjà été testés que les autres consultants. Par ailleurs, parmi les consultants précédemment testés, les immigrés ont deux fois plus de chance d'avoir été testés il y a moins d'un an.

Mais dans la mesure où on les retrouve visiblement plus à risque, on ne peut pas conclure à un recours au dépistage optimal de la part des immigrés. D'autre part, on ne sait pas dans quelles circonstances ces tests antérieurs ont été réalisés, avec ou sans *counselling*, mais l'on voit que l'initiative du test en CDAG provient plus souvent d'un médecin ou d'une administration chez les Africains. Ce qui traduit peut-être une moindre appropriation de la démarche volontaire de dépistage.

Globalement, compte tenu de l'importance de l'épidémie parmi les migrants d'ASS, il apparaît positif de constater la fréquentation plus importante des consultants issus de cette région dans les CDAG, aussi bien des femmes comme des hommes et, pour les deux tiers, consultant moins de 5 ans après leur arrivée en France. En 2002, une étude mettait en évidence les principaux freins au dépistage des populations migrantes, notamment la peur du résultat et le manque de connaissance sur les circonstances du test (anonymat, coût, délais) [19]. En observant aujourd'hui un accueil plus important en CDAG de la population originaire d'ASS, on peut espérer qu'un certain nombre de ces barrières diminuent. En 1999, la moitié d'un échantillon de migrants d'ASS interrogés dans des lieux publics par l'association AIDES déclarait avoir déjà été testé pour le VIH [20]. Les tests avaient été effectués majoritairement à l'hôpital (56 %), pour 21 % en laboratoire et seulement pour 20 % en consultation de dépistage, peut-être au détriment du *counselling*. En 2004, une autre étude a

montré que l'adhésion au dépistage pour les migrants africains en France passe par la notion que le traitement existe et surtout est accessible en cas de séropositivité [21]. Le défaut de couverture sociale déclaré par les migrants d'ASS consultant des CDAG souligne que la cohérence des actions de prévention auprès des migrants repose également sur la politique d'accès aux droits sociaux et aux soins.

Pour comparaison, l'enquête menée autour d'opérations d'incitation au dépistage par AIDES en 2005 montre que

26 % d'étrangers et 15 % de personnes originaires d'ASS figurent parmi les répondants des opérations de dépistage "hors les murs". Et l'on apprend par ces opérations que les Français connaissent mieux l'existence des CDAG que les personnes originaires d'ASS, tout en les fréquentant moins. Il existe donc à la fois une demande de dépistage et un déficit de connaissance du dispositif de dépistage de la population originaire d'ASS. Il reste donc à faire mieux connaître ces consultations dans cette population.

Conclusion

Les CDAG constituent un outil original dans la lutte contre la transmission du VIH. Elles ont été conçues 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 ultérieures 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.

Cette étude révèle un certain nombre de points positifs sur le recours au CDAG.

Le dispositif français de dépistage anonyme et gratuit semble bien accueillir une population plus exposée aux risques et cela vient confirmer l'intérêt de cette offre de dépistage déjà observé à l'étranger. En effet, l'anonymat du dépistage a été montré comme favorisant la précocité du dépistage et de l'entrée dans le système de prise en charge et de soins [22].

Et il est maintenant démontré d'une part, que diagnostiquer au plus tôt une infection à VIH améliore le pronostic [23] et d'autre part, que les personnes séropositives, une fois diagnostiquées, réduisent significativement leurs comportements à risque de transmission [24].

La majorité de la population accueillie en CDAG a moins de 25 ans. Il est encourageant de voir que les jeunes consultants semblent avoir adopté les messages de prévention inscrivant le recours au test VIH lors des changements de mode de vie.

Encourageante également est l'augmentation de la proportion de consultants immigrés, et notamment originaires d'ASS, entre les deux périodes d'enquête. Il est à espérer que les CDAG sont aujourd'hui mieux connues de cette population, grâce peut-être aux campagnes d'incitation des pouvoirs publics et à l'orientation faite par les associations promouvant la santé des personnes étrangères en France. L'enquête sur les connaissances et comportements vis-à-vis du VIH des migrants d'ASS menée en 2005 par l'Inpes nous apportera des éléments d'information sur cet aspect. En outre, il faut noter que l'expérience des actions de CDAG "hors les murs" dont nous avons utilisé les données, représente une opportunité pour améliorer l'accessibilité du dépistage auprès des populations migrantes.

Cette étude donne un tableau descriptif très informatif de la population recourant aux CDAG. Ce dispositif de dépistage anonyme et gratuit est un outil essentiel de la lutte contre l'infection à VIH et il reste à l'avenir à mesurer l'efficacité du dépistage et *counselling* tel qu'il est organisé en France, en termes de changements de comportements et finalement de transmissions évitées.

Références bibliographiques

- [1] Circulaire DGS/DH/DSS n° 98-423 du 9 juillet 1998 relative aux missions et aux objectifs des consultations de dépistage anonyme et gratuit ou de dépistage gratuit du virus de l'immunodéficience humaine. 1998. Direction générale de la santé, Direction des hôpitaux, Direction de la sécurité sociale.
- [2] Surveillance du VIH/sida en France. Rapport n°3. Données au 30 juin 2005. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2006.
- [3] Gouëzel P. Dispositif de dépistage anonyme et gratuit du VIH (CDAG), un regard sur les consultants, enquête nationale 1999. Saint-Maurice, France : Institut de veille sanitaire, 2000.
- [4] 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.
- [5] Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France 1992-2004. Paris : Observatoire régional de santé d'Île-de-France, 2005.
- [6] Bonnineau A, Bucknall RS. Screening campaign for the general public. XVI International AIDS Conference, Toronto, 2006.
- [7] Meffre C, Delarocque-Astagneau E, Le Strat Y, Dubois F, Steinmetz J, Lemasson JM, *et al.* Prevalence of hepatitis B and hepatitis C in France, 2004. 12th International Symposium on Viral Hepatitis and Liver Disease. Poster 440. Paris, July 1-5; 2006.
- [8] Meffre C, Pioche C, Delarocque-Astagneau E, Desenclos JC. Hepatitis C screening in France from a laboratory based surveillance network (RENA-VHC): trends from 2000 to 2004. 12th International Symposium on Viral Hepatitis and Liver Disease. Poster 458. Paris, July 1-5; 2006.
- [9] Sasse A, Vincent A, Galand M. High HIV prevalence among patients choosing anonymous testing. XIV International AIDS Conference, Barcelona, 2002.
- [10] Rossi I, Jeannin A, Dubois-Arber F, Guex P, Vannotti M. Comparison of the clientele of an anonymous HIV test centre and persons tested in the general population. *AIDS Care* 1998 Feb;10(1):89-103.
- [11] Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida. Surveillance du VIH/sida en Europe, rapport trimestriel n°56. Saint-Maurice, France : Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida, 1997.
- [12] Kegeles SM, Catania JA, Coates TJ, Pollack LM, Lo B. Many people who seek anonymous HIV-antibody testing would avoid it under other circumstances. *AIDS* 1990 Jun;4(6):585-8.
- [13] Hoxworth T, Hoffman R, Cohn D, Davidson A. Anonymous HIV testing: does it attract clients who would not seek confidential testing? *AIDS Public Policy J* 1994;9(4):182-9.
- [14] Hertz-Picciotto I, Lee LW, Hoyo C. HIV test-seeking before and after the restriction of anonymous testing in North Carolina. *Am J Public Health* 1996 Oct;86(10):1446-50.
- [15] Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Le dépistage anonyme du VIH : vers des services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales. 2001.
- [16] Delfraissy JF. Prise en charge des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Paris : Médecine-Sciences Flammarion, 2004.
- [17] 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. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

- [18] Borrel C, Durr JM. Enquêtes annuelles de recensement : premiers résultats de la collecte 2004. Principales caractéristiques de la population et des logements. Insee Première 2005;1001.
- [19] Adage. Les freins au dépistage du VIH chez les populations primo-migrantes originaires du Maghreb et d'Afrique subsaharienne. Synthèse de l'étude qualitative. Sida Info Services, 2002.
- [20] Les Africains subsahariens face au VIH/sida : perceptions, connaissances et pratiques en matière de prévention, de dépistage et d'accès aux soins. Synthèse de l'étude réalisée en Île-de-France, juillet/septembre 1999. AIDES Fédération nationale, 2000.
- [21] Faya J. Migrants africains : du dépistage du sida à la prévention. La santé de l'homme 2004;370:40-3.
- [22] Bindman AB, Osmond D, Hecht FM, Lehman JS, Vranizan K, Keane D, *et al.* Multistate evaluation of anonymous HIV testing and access to medical care. Multistate Evaluation of Surveillance of HIV (MESH) Study Group. JAMA 1998 Oct 28;280(16):1416-20.
- [23] Hill A. Progression to AIDS and death in the era of HAART. AIDS 2006 Apr 24;20(7):1067-8.
- [24] Marks G, Crepaz N, Senterfitt JW, Janssen RS. Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: implications for HIV prevention programs. J Acquir Immune Defic Syndr 2005 Aug 1;39(4):446-53.

Index des tableaux et figures

Tableaux :

Tableau 1	Distribution régionale des CDAG et des consultants d'après l'activité annuelle et la participation à l'enquête en 2004*	p. 6
Tableau 2	Répartition des consultants en deux classes d'âge selon la localisation de la CDAG	p. 7
Tableau 3	Répartition des consultants de CDAG par nationalité	p. 8
Tableau 4	Répartition des consultants immigrés selon le continent d'origine	p. 8
Tableau 5	Répartition des niveaux d'études atteint par les consultants en fonction du sexe	p. 8
Tableau 6	Répartition des situations vis-à-vis du travail en fonction du sexe	p. 9
Tableau 7	Nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois selon le sexe et l'orientation sexuelle, en pourcentage	p. 10
Tableau 8	Déterminants associés à la réalisation d'un test VIH antérieur	p. 11
Tableau 9	Déterminants associés à la réalisation d'un test de dépistage VIH dans les 12 mois précédents parmi les consultants déjà testés	p. 12
Tableau 10	Motifs de dépistage pour trois catégories de consultants : immigrés réalisant leur premier test et hommes homo ou bisexuels	p. 13
Tableau 11	Répartition des consultants en fonction de la perception du risque personnel de contamination par le VIH et selon l'âge	p. 16
Tableau 12	Facteurs liés à une perception d'un risque de contamination supérieur ou égal aux autres, modèle de régression logistique	p. 17
Tableau 13	Résultats des tests de dépistage VIH, VHB, VHC	p. 18
Tableau 14	Évolution de l'orientation sexuelle déclarée par sexe entre les enquêtes 2000 et 2004	p. 21
Tableau 15	Réponses comparées des immigrés subsahariens et des autres participants	p. 22

Figures :

Figure 1	Répartition des consultants selon le sexe et la classe d'âge	p. 7
Figure 2	Proportions des différents modes d'accompagnement lors de la venue à la CDAG en fonction l'âge	p. 12
Figure 3	Motifs de test associés au fait de se percevoir plus à risque	p. 14
Figure 4	Motifs de test associés au fait d'avoir déjà été testé	p. 14

Figure 5	Motifs de test associés au fait d'être séropositif	p. 14
Figure 6	Motifs associés au fait de consulter dans une CDAG hospitalière	p. 15
Figure 7	Répartition des délais de venue selon le motif de consultation	p. 15
Figure 8	Nombre de sérologies VIH réalisées en CDAG pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans, en 2004	p. 18
Figure 9	Nombre de sérologies positives pour 1 000 sérologies VIH réalisées en CDAG, en 2004	p. 19
Figure 10	Proportion de consultants de CDAG de moins de 25 ans	p. 19
Figure 11	Proportion de consultants immigrés en CDAG	p. 19
Figure 12	Proportion d'hommes homosexuels ou bisexuels parmi les consultants de CDAG	p. 20
Figure 13	Comparaison des répartitions en âge et sexe rapportées par l'activité nationale aux populations des enquêtes de 2000 et 2004	p. 20
Figure 14	Évolution de la proportion d'étrangers et d'étrangers de nationalité d'ASS entre les enquêtes 2000 et 2004	p. 21



Questionnaire Profil des consultants de CDAG Enquête 2004

Date de remplissage : | 0 | 4 | Numéro de venue à la CDAG

Nous vous remercions de répondre à ce questionnaire anonyme qui est à remettre au médecin lors de votre entretien.

1 Généralités :

Sexe : 1 Homme 2 Femme

Département de domicile :

Année de naissance : 19

Pays de naissance :

2 Niveau d'études :

Quel niveau d'études avez-vous atteint ?

1 Ecole primaire

3 Lycée, BAC

2 Collège, CAP, BEP

4 Etudes supérieures, facultés, IUT, etc.

3 Situation vis-à-vis du travail :

Une seule réponse si possible, celle qui résume le mieux votre situation.

1 Travail stable (salarié, indépendant, plein temps, intérim, temps partiel...)

2 Petits travaux, chômage, recherche d'emploi, stage insertion...

3 Poursuite d'études, formation, formation en alternance

4 Pas de recherche d'emploi (« au foyer »)

5 Autre (Inactivité totale ou partielle pour maladie, retraite, ...)

4 Nationalité :

1 Française, si oui 1 Vous êtes né(e) français(e)

2 Vous êtes devenu(e) français(e) par naturalisation, à votre majorité, etc.

Indiquez votre nationalité à la naissance :

2 Etrangère, indiquez votre nationalité :

Questionnaire Profil des consultants de CDAG - 2004

5 Couverture sociale : _____

- 1 Sécurité sociale avec ou sans mutuelle, CMU etc.
2 Aide médicale d'Etat
3 Aucune couverture sociale (pas de droit ouvert)
9 Ne sait pas

6 Accompagnement : _____

Etes-vous venu seul ou accompagné ?

- 1 Venu seul
2 Venu avec votre partenaire habituel
3 Venu à plusieurs (camarades, amis, famille, etc.)

7 Tests antérieurs VIH : _____

Avez-vous déjà été testé pour le virus du Sida ?

- 1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas

Si oui, précisez l'année du premier test : [][]

Combien de fois avez-vous été testé au cours des 2 dernières années ? [][] fois

Date du dernier test VIH négatif : [][][][][][][][]

Date du premier test VIH positif : [][][][][][][][]

8 Demande de test VIH : _____

Vous voulez un test, est-ce à la demande de ? (une seule réponse)

- 1 A votre propre demande
2 A la demande de votre partenaire
3 Sur les conseils, à la demande d'un médecin
4 En vue d'une démarche administrative (assurances, banque, régularisations de papiers, carte de séjour, visa) ou à l'occasion d'un mariage, d'une grossesse
5 Test proposé en prison

9 Prise de risque :

Pensez-vous avoir pris un risque vis-à-vis du VIH ?

- 1 Oui 2 Non 9 Ne sait pas

10 Raison de faire un test VIH :

Pour quelle raison principale voulez-vous faire un test VIH aujourd'hui ? (si possible une seule réponse, celle qui correspond le mieux à votre situation ; lire la liste jusqu'au bout avant de répondre)

- 1 Pour contrôler le résultat d'un test précédent
2 À cause d'un incident ou une rupture de préservatif
3 Pour arrêter les préservatifs avec votre partenaire
4 Suite à un changement de partenaire
5 À cause d'un doute sur la séropositivité du partenaire
6 Parce que votre partenaire refuse de faire un test
7 Parce que votre partenaire est séropositif
8 Par peur d'une contamination après un rapport sexuel
9 À la suite de violences sexuelles, de rapports non consentis
10 Après usage de drogue par voie injectable
11 Après un contact accidentel avec du sang (piqûre, blessure, etc.)
12 Suite à une campagne d'information ou d'incitation
13 Sans raison particulière, pour voir
14 Parce que vous avez un problème de santé, une maladie sexuellement transmissible, etc.
15 Autre (précisez) :

11 Ressenti du risque vis-à-vis du Sida :

Vous-même, comparé à la moyenne des gens, vous diriez que vous avez globalement :

- 1 Aucun risque d'être contaminé par le virus du sida
2 Moins de risque que les autres d'être contaminé par le virus du sida
3 Le même risque que les autres d'être contaminé par le virus du sida
4 Plus de risque que les autres d'être contaminé par le virus du sida
9 Ne sait pas

Questionnaire Profil des consultants de CDAG - 2004

13

12 Sexualité : _____

- 1 Vous avez des rapports seulement avec des personnes du sexe opposé
- 2 Vous avez des rapports seulement avec des personnes du même sexe que vous
- 3 Vous avez des rapports avec des personnes des deux sexes
- 4 Vous n'avez jamais eu de rapport sexuel
- 5 Autre, précisez :

13 Partenaires au cours des 12 derniers mois

(attention, 12 derniers mois seulement) : _____

- 1 Aucun partenaire
- 2 Un seul partenaire →
 - 1 dans le cadre d'une relation stable
 - 2 occasionnel
- 3 Plusieurs partenaires →
 - 1 dans le cadre de relations stables uniquement
 - 2 avec un partenaire stable et des partenaires occasionnels
 - 3 occasionnels uniquement

14 Nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois : _____

Nombre total de partenaires femmes : [] [] au cours des 12 derniers mois

Nombre de partenaires hommes : [] [] au cours des 12 derniers mois

15 Connaissance de la consultation : _____

Comment avez-vous connu ce lieu ? (une seule réponse si possible)

- 1 Par des amis, des proches, le bouche à oreille
- 2 Par votre médecin traitant en ville
- 3 A l'hôpital, au dispensaire, au centre de santé
- 4 Par campagne d'information (tract, affiche, presse, télévision)
- 5 Appel à Sida-Info-Service
- 6 Par un annuaire, Internet, etc.
- 7 Vous êtes déjà venu, vous connaissez
- 8 Autrement



Fiche médicale

Profil des consultants de CDAG

Enquête 2004

Date de remplissage : Numéro de venue à la CDAG

Nom du médecin :

Partie médicale à agraffer à la première partie.

1 Le questionnaire est-il rempli ?

- 1 Oui (même incomplètement) si non : 1 Refus de répondre
2 Non 2 Autre motif

S'il s'agit d'un problème de langue ou de compréhension, veuillez compléter vous-même la partie 1 au cours de l'entretien.

2 Si naissance hors France : Depuis combien de temps le consultant est-il en France ?

- 1 moins d'1 an 2 1 à 5 ans 3 plus de 5 ans

3 Délai de venue : Si un épisode particulier a inquiété le consultant, indiquez le délai entre l'incident et la venue à la CDAG :

- 1 Moins 48 heures 4 Plus de 3 mois
2 Entre 48 heures et 1 mois 5 Sans objet
3 Entre 1 et 3 mois 9 Ne sait pas

Si moins de 48 heures, était-ce dans le cadre du dispositif AES ?

- 1 Oui 2 Non

4 Préservatifs : Utilisation des préservatifs au cours des 12 derniers mois

Avec Partenaire(s) régulier(s)		Avec partenaire(s) occasionnel(s)	
Pénétration	Rapport bouche sexe	Pénétration	Rapport bouche sexe
1 <input type="checkbox"/> Toujours			
2 <input type="checkbox"/> Presque toujours			
3 <input type="checkbox"/> Irrégulièrement			
4 <input type="checkbox"/> Jamais			
5 <input type="checkbox"/> Sans objet*			

* Après tests mutuels négatifs ou pas de pénétration ni de fellation

5 Dépistages

- VIH VHC VHB IST Aucun

Fiche médicale Profil des consultants de CDAG - 2004

5 Recherches réalisées et résultats

Tests VIH

Résultat (cocher)

	négatif	positif	douteux	incomplet	
• ELISA sur premier prélèvement	<input type="checkbox"/> VIH 1 <input type="checkbox"/> VIH 2				
• WB sur premier prélèvement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• ELISA sur deuxième prélèvement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• WB sur deuxième prélèvement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Recherche Ac-Ag simultanée (Duo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Ag p24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Tests VHC

VHC déjà testé 1 Oui 2 Non

Si oui, test antérieur VHC : 1 positif 2 négatif 9 ne sait pas

	négatif	positif	douteux	incomplet
• ELISA VHC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Confirmation VHC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Antigène VHC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tests VHB

	négatif	positif	douteux	incomplet
• Antigène HBs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Anticorps anti HBs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Anticorps anti HBc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VHB vacciné 1 Oui 2 Non

Tests IST

	négatif	positif	douteux	incomplet
• Gonococcie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Syphilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Chlamydia trachomatis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si ⊕, titres TPHA : VDRL :

7 Diagnostic pour prise en charge VIH

1 Accident d'exposition 3 Conversion précoce/primo-infection asymptomatique

2 Primo-infection symptomatique 4 WB positif (contage « ancien »)

8 Orientation

1 Orienté vers référent 2 Patient mis sous traitement anti VIH par le référent

9 Découverte (au terme du bilan, la personne découvre son infection VIH pour la 1^{re} fois)

1 Oui 3 Découverte possible mais doute

2 Non, infection déjà connue 9 Ne sait pas

10 Commentaires

.....

.....

Introduction

Les consultations de dépistage anonyme et gratuit (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. Cette étude visait à décrire la population recourant au dépistage anonyme du VIH en France.

Matériel et méthode

Une enquête nationale s'adressant aux candidats à un test de dépistage du VIH dans l'ensemble des CDAG de France a été réalisée en octobre 2004. Le questionnaire explorait les caractéristiques sociodémographiques, le recours au dépistage, les comportements à risque vis-à-vis du VIH, et la prévalence de dépistage VIH positif.

Résultats

Parmi les 273 sites de CDAG éligibles, 202 (74 %) ont participé à l'étude et 5 398 consultants ont été inclus. Ils étaient majoritairement masculins et jeunes, souvent multipartenaires, et se considéraient plus à risque que la population générale. Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne (ASS) représentaient 4,5 % des consultants, une augmentation de 66 % par rapport à l'enquête en 2000.

Les motifs de dépistage variaient selon les groupes de consultants. Les immigrés originaires d'ASS déclaraient plus souvent un motif lié à un rapport sexuel à risque alors que les Français recouraient plus souvent au dépistage dans le cadre d'une stratégie de prévention.

La prévalence des dépistages positifs était de 0,5 % et plus importante parmi les personnes originaires d'ASS (4,8 %) et les hommes ayant des relations homo-ou bisexuelles (1,6 %).

Conclusion

Le dispositif français de dépistage anonyme et gratuit semble bien accueillir une population plus exposée aux risques. Il est encourageant de voir une augmentation de la proportion de consultants immigrés et notamment originaires d'Afrique subsaharienne entre les deux périodes d'enquête. Les CDAG représentent une opportunité pour améliorer l'accessibilité du dépistage auprès des populations migrantes. Le dispositif de dépistage anonyme et gratuit est un outil essentiel de la lutte contre l'infection à VIH et il reste à l'avenir à mesurer l'efficacité du dépistage et *counselling* tel qu'il est organisé en France, en termes de changements de comportements et finalement de transmissions évitées.

ISBN : 978-2-11-096470-0
Tirage : 400 exemplaires
Dépôt légal : Novembre 2006
Réalisation : Labrador
Impression : France Repro

Introduction

Free and anonymous testing is widely available in France and should offer a good opportunity to improve uptake of (early) HIV testing, especially for high-risk population.

The purpose of our study is to describe the clients of anonymous HIV testing services in 2004 in France, compare it to HIV testing clientele in other settings and measure trends since previous similar study in 2000.

Methods

A cross sectional survey was undertaken during one week in 2004 in all anonymous voluntary counselling and testing (VCT) services in France. Every client was asked to fill a questionnaire before the pre-test interview. Result of test was added later by the physician.

Results

From 202 over 273 (74%) anonymous VCT sites who answered, 5,398 persons were included. Anonymous testing clients were young, had a high number of sexual partners and often considered themselves at risk regarding HIV transmission. Sub-Saharan African (SSA) migrants accounted for 4.5%, representing a 66% increase since year 2000.

Significant differences between subgroups were observed in the reason for HIV testing. Sub-Saharan African migrants reported more asking for test after unprotected sex occurred while French-born more likely invoked prevention driven reasons like assuring their status to stop use condoms or after having a new partner.

Overall HIV test prevalence was 0.5% and was higher among SSA migrants (4.8%) and men who had sex with men (1.6%).

Conclusion

Clientele of anonymous HIV testing in France is still younger and more at-risk than in other testing settings. The trend of a greater proportion of African migrants among test seekers is encouraging.

Since some barriers are lowered, free and anonymous testing should be an appropriate frame for migrants to seek for an HIV test and receive counselling.



**INSTITUT
DE VEILLE SANITAIRE**

Département maladies infectieuses

12, rue du Val d'Osne - 94415 Saint-Maurice cedex
Tél. : 33(0) 1 41 79 67 00 - Fax : 33(0) 1 41 79 67 67
<http://www.invs.sante.fr>