

# Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), bilan d'activité du dépistage de VIH, Paris, évolution 1998-2001

P. Gouëzel<sup>1</sup>, A. Simon<sup>2</sup>, J. Derouineau<sup>3</sup>, M. Janier<sup>4</sup>, G. Muller<sup>5</sup>, J. Rouvier<sup>6</sup>, A. Gergely<sup>7</sup>, M. Imaz<sup>8</sup>, A.C Crémieux<sup>9</sup>

<sup>1</sup>InVS, <sup>2</sup>CDAG Pitié-Salpêtrière, <sup>3</sup>CDAG Figuier, <sup>4</sup>CDAG St-Louis, <sup>5</sup>CDAG Belleville,  
<sup>6</sup>CDAG Ridder, <sup>7</sup>CDAG Valois-CRF, <sup>8</sup>CDAG Fournier, <sup>9</sup>CDAG Bichat

L'analyse des données d'activité des CDAG en 1998 et en 1999 [1] a montré une augmentation de la proportion des diagnostics VIH positifs en Ile-de-France. Devant ces résultats, les données d'activité 2000 [2] et 2001 disponibles pour Paris ont été analysées sans attendre le retour de l'ensemble des données nationales. Des informations épidémiologiques anonymes sur les personnes positives ont été recueillies dans les CDAG de Paris afin d'aider à l'interprétation de cette tendance.

## MÉTHODE

### Sites retenus pour l'étude

Paris compte 11 CDAG ; 8 avaient transmis des données d'activité complètes pour les années 1998 à 2001. Leurs données ont été analysées. On comptait 3 CDAG, de la Mairie de Paris (Figuier, Belleville, Ridder), 3 CDAG hospitalières (Bichat, Pitié-Salpêtrière, St-Louis) et 2 CDAG associatives (Croix-Rouge et Fournier).

### Sources d'informations

#### Bilans trimestriels d'activité

Les CDAG adressent à la Ddass de leur département un bilan trimestriel d'activité mentionnant le nombre de tests réalisés, le nombre de diagnostics VIH positifs et leur répartition par sexe et par tranche d'âge. Ces données sont analysées par l'InVS.

#### Fiches médicales anonymes

Certains CDAG utilisent des fiches médicales anonymes (dossier médical). L'âge, le sexe, le pays d'origine ou la nationalité, le mode de transmission du VIH étaient relevés. Pour l'analyse, les personnes étrangères ou originaires d'un pays étranger ont été regroupées en « originaires d'un pays étranger ». L'analyse a été limitée à 6 CDAG qui pouvaient fournir de manière exhaustive l'ensemble des fiches anonymes pour les 4 années.

#### Les enquêtes épidémiologiques transversales

Les enquêtes épidémiologiques nationales de 1999 [3] et de 2000 [4] ont décrit la clientèle des CDAG. Pour Paris, environ 1 600 questionnaires étaient disponibles. Ces données ont été analysées afin de détecter d'éventuelles modifications de clientèle pouvant expliquer une augmentation des diagnostics positifs.

## RÉSULTATS

### Bilans trimestriels d'activité

L'analyse des bilans trimestriels d'activité a montré, à Paris, une inversion de tendance. Après une décroissance de la proportion de diagnostics positifs jusqu'en 1998 [1] (41,8 pour mille en 1990, 22,0 pour mille en 1992, 12,9 pour mille en 1994, 9,3 pour mille en 1996 et 7,4 pour mille en 1998), la tendance s'est inversée en 1999. Les proportions de diagnostics positifs sont passées de 7,4 pour mille en 1998 à 11,0 pour mille en 2001 (tableau 1) ( $X^2$  à 3 ddl :  $p < 10^{-5}$  et  $X^2$  de tendance :  $p < 10^{-5}$ ).

L'augmentation constatée a concerné les deux sexes. Chez les femmes, la proportion a été multipliée par deux en quatre ans (4,2 pour mille en 1998, 8,9 pour mille en 2001) (tableau 1).

L'augmentation a principalement concerné les femmes de 20 à 49 ans (tableau 1) et les hommes de 30 à 39 ans.

Au cours de ces quatre années, la fréquentation est restée stable dans ces 8 CDAG, aux alentours de 50 000 recherches chaque année.

### Fiches médicales anonymes des personnes retrouvées positives

Le nombre et la proportion de diagnostics positifs sont restés stables chez les homosexuels entre les années 1998 et 2001, quelle que soit leur origine géographique (tableau 2). Le plus petit nombre d'homosexuels en 2000 (France, n=62) pouvait être expliqué par le nombre élevé de personnes sans mode de transmission connu (fiches moins bien remplies en 2000 dans certaines CDAG).

Tableau 1

Evolution de la proportion de diagnostics VIH positifs (pour mille), par sexe et par tranche d'âge (pour effectif >1000), 8 CDAG de Paris hors prison\*, 1998-2001

	1998		1999		2000		2001	
	Proportion pour 1000	n						
<b>Hommes</b>								
Moins de 20 ans	5,1	8/1 561	1,5	2/1 357	0,7	1/1 537	2,6	4/1 554
20 à 29 ans	5,9	75/12 739	7,4	95/12 814	6,4	93/14 442	9,4	136/14 515
30 à 39 ans	15,9	126/7 901	13,5	107/7 923	17,8	157/8 797	18,6	167/8 990
40 à 49 ans	14,7	43/2 935	13,0	39/2 992	15,8	52/3 285	15,8	52/3 293
Hommes, tous âges	9,7	285/29 419	9,7	259/26 700	10,7	320/29 988	12,5	377/30 164
<b>Femmes</b>								
Moins de 20 ans	1,4	4/2 842	1,9	5/2 649	1,1	3/2 699	2,0	5/2 560
20 à 29 ans	3,9	41/10 626	5,2	55/10 675	6,1	73/12 025	7,4	86/11 598
30 à 39 ans	10,1	34/3 359	13,2	43/3 263	13,7	51/3 712	14,7	54/3 667
40 à 49 ans	6,0	8/1 328	8,7	11/1 267	12,7	17/1 337	17,4	22/1 267
Femmes, tous âges	4,2	87/20 528	6,5	119/18 391	7,2	148/20 480	8,7	172/19 755
<b>Total</b>	<b>7,4</b>	<b>372/49 575</b>	<b>8,5</b>	<b>412/47 843</b>	<b>9,3</b>	<b>468/50 000</b>	<b>11,0</b>	<b>549/49 919</b>

\* 8 CDAG pour lesquelles les données étaient disponibles pour les quatre années.

En revanche, le nombre de diagnostics positifs chez les personnes contaminées lors de pratiques hétérosexuelles a augmenté (48 %), passant de 128 en 1998 à 189 en 2001 (tableau 2).

Ces personnes (tableau 3) étaient majoritairement des femmes.

L'augmentation chez les personnes contaminées lors de pratiques hétérosexuelles a principalement porté sur les personnes originaires d'un pays étranger (79 % en 1998 et 91 % en 2001) et particulièrement sur celles originaires d'Afrique sub-saharienne (66 % en 1998, 80 % en 2001) (tableau 3).

Tableau 2

Caractéristiques épidémiologiques des personnes retrouvées VIH positives, CDAG de Paris\*, évolution 1998-2001

Groupe de transmission	Origine géographique	1998		1999		2000		2001	
		n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Homosexuels</b>									
	France	99	31	95	31	62	19	98	26
	Pays étranger	55	17	52	17	55	17	62	16
	Non précisée	8	3	1	0	2	1	2	1
<b>Hétérosexuels</b>									
	France	23	7	20	7	23	7	14	4
	Pays étranger	101	32	113	37	126	38	172	45
	Non précisée	4	1	3	1	1	0	3	1
<b>Toxicomanes/Autres</b>									
	Toute	9	3	8	3	7	2	7	2
<b>Inconnu</b>									
	France	8	3	2	1	14	4	3	1
	Pays étranger	8	3	7	2	28	8	17	4
	Non précisée	4	1	2	1	15	5	4	1
<b>Total</b>		<b>319</b>	<b>100</b>	<b>303</b>	<b>100</b>	<b>333</b>	<b>100</b>	<b>382</b>	<b>100</b>

\* CDAG participantes ayant des données exhaustives (6 CDAG/8, 1 337 diagnostics).

Tableau 3

**Sexe et origine géographique des personnes hétérosexuelles retrouvées VIH positives, CDAG de Paris\*, évolution 1998-2001**

Hétérosexuels	Origine géographique	1998		1999		2000		2001	
		n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Hommes</b>									
France		14	11	8	6	16	11	6	3
Afrique sub-saharienne		39	30	28	21	41	27	64	34
Autre pays étranger		6	5	11	8	9	6	10	5
Non précisée		4	3	1	1	1	1	2	1
<b>Femmes</b>									
France		9	7	12	9	7	5	8	4
Afrique sub-saharienne		46	36	67	49	71	47	87	46
Autre pays étranger		10	8	7	5	5	3	11	6
Non précisée		0	-	2	1	0	-	1	-
<b>Total</b>		<b>128</b>	<b>100</b>	<b>136</b>	<b>100</b>	<b>150</b>	<b>100</b>	<b>189</b>	<b>100</b>

\* CDAG participantes ayant des données exhaustives (6 CDAG/8, 1 337 diagnostics).

**Enquêtes épidémiologiques transversales nationales de 1999 et 2000 à Paris**

La fréquentation est restée stable dans ces 6 CDAG (analyse des fiches médicales anonymes) en particulier entre 1999 et 2000 (32 947 diagnostics en 1999 et 32 616 en 2000).

Les résultats de l'enquête nationale épidémiologique faite en 1999 puis répétée en 2000 n'allaient pas dans le sens d'une modification de clientèle expliquant les évolutions des proportions de diagnostics positifs : la proportion de personnes étrangères (9,1 % en 1999 et 9,8 % en 2000 après standardisation sur l'âge) et la proportion d'hommes homo-bisexuels (19,0 % en 1999 et 17,5 % en 2000 [ $p=0,4$ ]) avaient peu évolué.

**DISCUSSION-CONCLUSION**

Les données de dépistage du VIH ont montré à Paris de 1998 à 2001 une augmentation des diagnostics VIH positifs, en nombre et en proportion. L'analyse a montré une augmentation des diagnostics positifs chez les personnes originaires d'Afrique sub-saharienne contaminées lors de pratiques hétérosexuelles et une stabilité des diagnostics chez les personnes contaminées lors de pratiques homosexuelles, dans un contexte de fréquentation apparemment stable (même nombre de consultants, proportion stable de personnes originaires d'un pays étranger et de personnes homosexuelles).

L'analyse n'a porté que sur 8 des 11 CDAG de Paris. Mais cette restriction a probablement peu modifié les résultats : l'étude a porté sur environ 80 % des tests positifs retrouvés chaque année et parmi ces 8 CDAG, on comptait les trois plus importantes CDAG « gay » de Paris.

Une limite de l'étude a concerné l'impossibilité d'éliminer les doublons (anonymat) et de comptabiliser des personnes différentes. L'enquête épidémiologique nationale de 1999 a montré que 56 % des consultants avaient déjà été testés. Pour 36 % d'entre eux, le dernier test remontait à moins d'un an et avait été fait deux fois sur trois dans la même CDAG [3]. Il n'y avait pas de données sur la répétition des tests chez les personnes positives. Rien n'indiquait cependant qu'il y ait eu une augmentation de la proportion de doublons qui aurait pu expliquer l'évolution constatée.

Le système dénombre des diagnostics positifs, sans possibilité de distinguer les infections anciennes des récentes. Si on admet que nombre de ces diagnostics correspond à des infections récentes, la stabilité retrouvée chez les personnes homosexuelles n'est pas incompatible avec les modifications des comportements gay [5] et la résurgence récente des gonococcies et des syphilis [6]. La vision obtenue dans les CDAG ne reflète que la fraction de la population gay qui les fréquente. D'autre part, l'augmentation des MST n'implique pas l'augmentation parallèle des infections à VIH. Enfin, l'infection à VIH n'est pas un marqueur précoce des modifications de comportement (latence asymptomatique) comme le sont certaines

MST (tableau évocateur immédiat) et les modifications de comportement sont trop récentes pour se traduire en terme d'augmentation des diagnostics VIH dans les CDAG.

Les informations sur la nationalité n'étaient pas homogènes et une variable « origine géographique », peu précise, a été créée. Cette variable a néanmoins montré la part prépondérante des personnes originaires d'Afrique sub-saharienne parmi les diagnostics positifs.

Une autre limite de l'étude a concerné l'absence de données épidémiologiques sur les personnes négatives (il était impossible de retrouver les fiches médicales d'environ 200 000 consultants). Les personnes étrangères ont peut-être été plus nombreuses à consulter le dispositif anonyme et gratuit. Pourtant, les enquêtes nationales n'ont pas montré de modification entre 1999 et 2000 (nombre stable de consultants originaires d'Afrique sub-saharienne) mais on ne sait pas si elles ont exactement reflété la population qui a fréquenté les CDAG (période de recueil courte). Dans les CDAG, seules des comparaisons de proportions auraient permis d'éclaircir de manière certaine la nature de l'évolution constatée et de déceler des modifications de clientèle (plus de consultants originaires d'un pays étranger) ou de ciblage des populations (consultants originaires d'un pays étranger en nombre égal mais plus à risque). Si les CDAG attiraient de plus en plus de personnes originaires d'un pays étranger, leur fonctionnement devrait probablement être adapté. Cette insuffisance d'information plaide pour l'instauration d'un réseau de CDAG sentinelle capable de recueillir de façon anonyme et prospective des informations épidémiologiques sur l'ensemble des consultants des CDAG.

La tendance observée à Paris est à rapprocher de la tendance constatée sur les cas de sida [7]. La stabilisation (autour de 800 cas par semestre) résulte d'une diminution des cas chez les homosexuels et d'une augmentation chez les femmes africaines contaminées lors de pratiques hétérosexuelles. La convergence des tendances observées montre l'apparition en France d'un nouveau groupe de personnes particulièrement touché par l'infection à VIH (reflet du poids croissant en France de l'épidémie existant sur le continent africain) qui nécessite des programmes spécifiques de proximité. Une question reste de savoir si ces personnes africaines ont été contaminées en France ou dans leur pays, avant leur arrivée en France. Les programmes de proximité à mettre en place ne seraient pas identiques. Une étude complémentaire, actuellement menée par l'InVS devrait rapidement répondre à cette question.

**RÉFÉRENCES**

- [1] Gouëzel P. et Laforêt D. - Consultations de dépistage anonyme et gratuit du VIH et des hépatites (CDAG), bilan d'activité de dépistage du VIH, année 1999. *Surveillance nationale des maladies infectieuses*, InVS, Saint-Maurice, France, (à paraître)
- [2] Gouëzel P., Cremieux A.C., Derouineau J., Janier M., Mertz J.P., Muller B., Rouvier J., Simon A. - Activité des consultations de dépistage anonyme et gratuit du VIH (CDAG), augmentation des diagnostics positifs à Paris, en 1999 et 2000. Dand « Sida, VIH et MST, état des lieux des données en 2001 ». InVS, Saint-Maurice, France, décembre 2001
- [3] Gouëzel P. - Dispositif de dépistage anonyme et gratuit du VIH (CDAG), un regard sur les consultants, enquête nationale 1999. Collection « enquêtes et études ». InVS, Saint-Maurice, France, novembre 2000
- [4] Brouard C. et Gouëzel P. - Dispositif de dépistage anonyme et gratuit du VIH (CDAG), enquête nationale 2000. InVS, mémoire de DEES, France, juillet 2001
- [5] Adam P., Hauet E., Caron C. - Enquête « Presse Gay 2000 », recrudescence des prises de risque et des MST parmi les Gays. Rapport InVS/ANRS/DGS. Collection « enquêtes et études ». InVS, Saint-Maurice, France, mai 2001
- [6] Couturier E., Dupin N., Janier M., Halioua B., Yazdanpanah Y., Mertz J.P., Salmon D., Cremieux A.C., Soavi M.J., Dariosecq J.M., Passeron A. - Résurgence de la syphilis en France, 200-2001. *BEH*, 2001 ; n°35-36:168-9
- [7] Pillonel J., Gouëzel P., Pinget R., David D., Cazein F., Lot F., Laporte A. - Surveillance du sida : pourquoi les cas ne diminuent-ils plus ? Dans « Sida, VIH et MST, état des lieux des données en 2001 ». InVS, Saint-Maurice, France, décembre 2001