

recourraient moins souvent au dépistage du VIH que les autres. Il est corroboré par l'analyse des caractéristiques des participants aux actions d'incitation au dépistage coordonnées par l'association Aides en Île-de-France. Celle-ci montrait en 2005 un niveau de recours au dépistage ainsi qu'une fréquence des tests au cours des deux dernières années supérieurs parmi les 454 personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne interrogées (59 % étaient testées contre 45 % des 2 689 autres participants - analyse InVS, non publiée). Par ailleurs, dans la description des consultants de CDAG en 2004, les personnes originaires d'Afrique subsaharienne fréquentant ces consultations recourraient plus fréquemment aux tests de dépistage que les autres [7]. Le recours au test de dépistage semble donc bien effectif parmi cette population. Ainsi, il est probable, comme l'a montré l'enquête Vespa, que le retard au dépistage qui peut être constaté chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne atteintes par le VIH doit plus à l'ancienneté de l'infection au moment de l'immigration qu'à l'absence de dépistage en France [8]. Cette enquête met en évidence un certain nombre de facteurs classiquement associés au recours au test, comme l'âge entre 30 et 39 ans, la proximité avec la maladie et l'activité sexuelle. Mais elle révèle également que les statuts d'immigration les plus précaires semblent être des freins pour le recours au test. Est-ce parce que le fait d'être étranger limite l'accès aux structures de dépistage ou est-ce parce que l'intention de faire un test ne représente pas une priorité dans un environnement social dégradé ?

Plus de 60 % des derniers tests se sont déroulés dans des circonstances médicales, dont les protocoles de dépistage. Si l'on compare les motifs cités parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne avec ceux des enquêtes en population générale, on constate qu'ils se rapprochent des

circonstances citées aux Antilles et en Guyane [9] et sont plus éloignés de ceux retrouvés en métropole [5]. En effet, pour les populations originaires d'Afrique subsaharienne, le bilan de santé apparaît comme une circonstance de dépistage prépondérante : 29,8 % des hommes et 21,6 % des femmes avaient réalisé leur dernier test dans cette circonstance. À l'inverse, la réalisation d'un test de dépistage suite à une prise de risque est très peu citée par les répondants originaires d'Afrique subsaharienne (5,3 % des hommes et 4,9 % des femmes) par rapport à la population de métropole (respectivement 37,9 % et 27,8 %) ou des DFA (36,8 % et 23,9 %).

Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne fréquentent sensiblement les mêmes sites de dépistage que la population générale interrogée par les autres enquêtes KABP. Ainsi le recours aux CDAG est du même niveau que ce qui a été mesuré en population générale [5]. L'hôpital occupe cependant une place plus importante : 30,4 % des personnes originaires d'Afrique subsaharienne ont fait leur dernier test à l'hôpital contre 19,0 % de celles interrogées en métropole et 14,2 % dans les DFA.

Conclusion

Finalement, les populations originaires d'Afrique subsaharienne déclarent un niveau de recours au test relativement élevé, et ce malgré les freins que représente une situation administrative précaire. La place de l'hôpital et celle de l'initiative médicale (bilan et protocole de dépistage) dans la réalisation des tests rappellent le rôle central des professionnels de santé sur cette question. Le test VIH de « routine » dans le cadre général du système de soins, dont l'Organisation mondiale de la santé fait la promotion [10], semble être également en France un moyen privilégié d'atteindre ces populations issues de pays à fort niveau de prévalence.

Références

- [1] Couturier E, Brossard Y, De Benoist AC, Six C, Larsen C, Henrion R, et al. Prévalence de l'infection VIH chez les femmes enceintes de la région parisienne. Une enquête anonyme non corrélée : PREVAGEST 1991-1993-1995-1997. Bull Epidemiol Hebd. 1998; (18):73-5.
- [2] Surveillance du VIH/sida en France. Rapport semestriel n° 1. Données sida au 30 septembre 2002. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2003. http://www.invs.sante.fr/publications/2003/vih_sida_n1/rapport_vih_sida_n1.pdf [Dernière consultation le 10-12-2007].
- [3] 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. Saint-Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2002. <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/02/dp020625.pdf> [Dernière consultation le 10-12-2007].
- [4] Lydié N (dir.), Beltzer N, Fénies K, Halfen S, Lert F, Le Vu S. Les populations africaines d'Ile-de-France face au VIH/sida - Connaissances, attitudes, croyances et comportements. Saint-Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2007. http://www.inpes.sante.fr/index.asp?page=Barometres/Etude_sida_migrants/integral/synthese_propositions/2.asp [Dernière consultation le 10-12-2007].
- [5] Beltzer N, Lagarde M, Wu-Zhou X, Vongmany N, Grémy I. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/Sida en France 1992-2004. Paris: Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2005. http://www.ors-idf.org/etudes/pdf/Rapport_KABP_FR_2004.pdf [Dernière consultation le 10-12-2007].
- [6] Halfen S, Fenies K, Ung B, Gremy I. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/Sida aux Antilles et en Guyane en 2004. Paris: Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2006. <http://www.ors-idf.org/etudes/pdf/KABPDFARapport.pdf> [Dernière consultation le 10-12-2007].
- [7] Le Vu S, Lot F, Semaille C. Les migrants africains au sein du dépistage anonyme du VIH, 2004. Bull Epidemiol Hebd. 2005;(46-47):233-5.
- [8] Delpierre C, Dray-Spira R, Cuzin L, Marchou B, Massip P, Lang T, et al. Correlates of late HIV diagnosis: implications for testing policy. Int J STD AIDS. 2007; 18(5):312-7.
- [9] Halfen S. Recours au dépistage du VIH dans la population générale adulte des Antilles et de la Guyane en 2004 et comparaison avec la population vivant en métropole. Bull Epidemiol Hebd. 2008; (7-8):55-8.
- [10] ONUSIDA/OMS. Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé. Genève: Organisation mondiale de la santé - Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2007. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789242595567_fre.pdf [Dernière consultation le 10-12-2007].

Recours au dépistage du VIH dans la population générale adulte des Antilles et de la Guyane en 2004 et comparaison avec la population vivant en métropole

Sandrine Halfen (s.halfen@ors-idf.org)

Observatoire régional de santé (ORS) d'Ile-de-France, Paris, France

Résumé / Abstract

L'objectif de cet article est d'analyser les comportements de recours au dépistage du VIH des populations vivant dans les départements français d'Amérique, DFA, (Guadeloupe, Martinique, Guyane) et d'identifier leur spécificité par rapport à la métropole.

Les analyses reposent sur les données d'une enquête conduite en 2004 dans les DFA. 3 014 individus âgés de 18-69 ans ont été sélectionnés par sondage aléatoire. Les résultats sont comparés à ceux de l'enquête menée en métropole en 2004 auprès de 5 071 individus.

Dans les DFA, la proportion de personnes indiquant avoir fait un test de dépistage du VIH dans l'année est, chez les hommes et les femmes, deux fois plus élevée qu'en métropole. Néanmoins, chez les hommes, ce recours au dépistage apparaît peu associé aux comportements sexuels, alors que

HIV screening in the French Antilles and Guiana adult general population in 2004, and comparison with the population living in mainland France

This article aims to study HIV testing behaviours among populations living in the French American departments, FAD, (Guadeloupe, Martinique and Guiana), and to identify their specificity, compared to mainland France.

Data for analysis are based on data from a survey conducted in 2004 in the FAD. 3,014 individuals aged from 18 to 69 years were randomly selected. Results are compared to those from 5071 individuals interviewed in mainland France.

In the FAD, males and females who reported having had a HIV test in the year is twice higher than in mainland France, while HIV testing had a weak

chez les femmes des DFA et en métropole, le recours est plus fréquent chez les multipartenaires. De plus, la part importante des tests réalisés à l'occasion de « bilans sanguins » constitue une des spécificités des circonstances citées de dépistage. Autant d'éléments montrant que le dépistage du VIH semble moins s'inscrire qu'en métropole dans une stratégie de prévention, suggérant un renforcement de la proposition de dépistage chez les personnes ayant des comportements à risque et en direction des populations les plus vulnérables face au VIH.

correlation with sexual behaviours among males. On the other hand, among females in the FAD and in mainland France, HIV testing is more frequent among multi-partnered men and women. Moreover, in the FAD, the large percentage of HIV tests performed during a blood check-up represents one of the specific circumstances for screening. Those elements show that HIV screening seems to be less relevant in the context of a prevention strategy than in mainland France. These results suggest that HIV screening should be reinforced among people with risk behaviours, and should target the most vulnerable people regarding HIV risk.

Mots clés / Key words

Antilles françaises, Guyane française, dépistage VIH, comportement sexuels, enquête, population générale / French Antilles, French Guiana, HIV testing, sexual behaviours, survey, general population

Introduction

Les données épidémiologiques relatives à l'infection à VIH/sida montrent que l'épidémie est particulièrement active dans les départements français d'Amérique (DFA). Bien que l'incidence du sida y soit moindre que dans la plupart des pays de la Caraïbe, elle est quatre fois plus élevée en Martinique et en Guadeloupe et quinze fois plus en Guyane que dans le reste du territoire français. Une des caractéristiques de l'épidémie dans les DFA est le mode de transmission majoritairement hétérosexuel, concernant 73 % des patients VIH suivis en 2004 en milieu hospitalier contre 39 % en métropole [1]. Les données disponibles attestent aussi d'une activité de dépistage importante (en laboratoires comme dans les Consultations de dépistage anonyme et gratuit, CDAG), avec un nombre moyen de sérologies VIH rapporté à la population bien supérieur à la moyenne nationale [2,3]. Pourtant, dans les DFA, une proportion élevée de personnes découvrent leur séropositivité tardivement. Ainsi, parmi les personnes qui ont découvert leur séropositivité entre 2004 et 2006, 37 % d'entre elles dans les DFA étaient à un stade avancé de l'infection, soit à un stade symptomatique non sida, soit déjà au stade sida (proportion atteignant 45 % en Guadeloupe), contre 29 % en métropole. Et les données de l'enquête Vespa sur les conditions de vie des personnes séropositives suivies à l'hôpital, conduite en 2003 en métropole et dans les DFA, montrent que la proportion de patients dépistés entre 1996 et 2003 à un stade avancé de la maladie était de 50 % dans les DFA contre 40 % en métropole [4]. Or, le dépistage apparaît comme un élément crucial de la lutte contre le VIH/sida. Il constitue un moment privilégié pour dispenser des messages de prévention adaptés aux comportements de chaque individu. Pour les personnes séropositives, le dépistage permet de favoriser une prise en charge précoce pouvant améliorer leur qualité de vie et leur pronostic vital. Il permet aussi de limiter la diffusion de l'épidémie en favorisant des comportements de prévention parmi les personnes se sachant séropositives ou en réduisant la charge virale, et donc la transmissibilité, des personnes séropositives sous traitement. L'objectif de cet article est d'analyser les comportements de recours au dépistage du VIH des populations vivant aux Antilles et en Guyane et d'identifier leur spécificité par rapport

à la métropole, afin de mieux adapter les politiques d'incitation au dépistage dans cette région.

Matériel et méthodes

Une enquête en population générale a été conduite lors du dernier trimestre 2004 aux Antilles et en Guyane afin de caractériser les connaissances, attitudes et comportements des populations face au VIH/sida. Cette enquête (ANRS-EN16-KABP-DFA), financée par l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS) et la Fondation de France, a été menée sous la responsabilité de l'Observatoire régional de santé (ORS) d'Ile-de-France [5]. Elle a été réalisée par sondage aléatoire à partir des listes d'abonnés téléphoniques. Pour participer à l'enquête, les individus devaient être âgés de 18-69 ans, parler français ou créole et avoir leur résidence principale dans l'archipel de la Guadeloupe, en Martinique ou dans les communes du littoral guyanais qui regroupent près de 90 % de la population de la Guyane. Au total, 3 014 individus ont été interrogés par téléphone (environ 1 000 par département). Le taux de refus, de 12 %, et celui d'abandon, de 8 %, montrent globalement une bonne acceptation de l'enquête. Les résultats ont été comparés à ceux de l'enquête menée par l'ORS Ile-de-France en métropole en 2004 auprès de 5 071 individus, selon la même méthodologie que dans les DFA [6]. Les analyses statistiques (fréquences et modèles de régression logistique), réalisées avec le logiciel Stata®, ont été effectuées sur échantillons pondérés et redressés.

Résultats

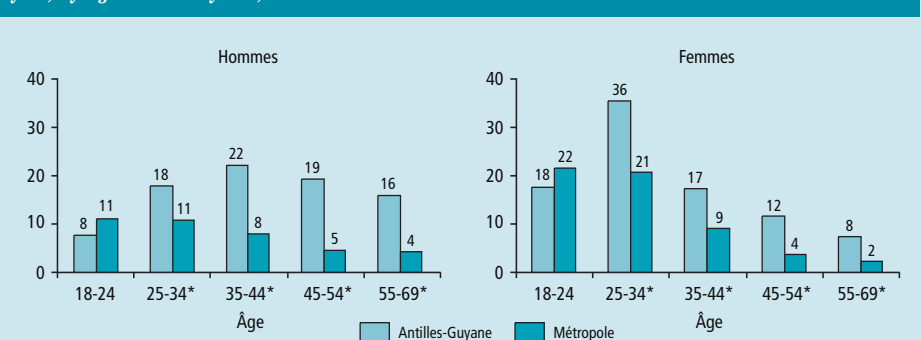
Un recours plus fréquent au dépistage dans les DFA

Aux Antilles et en Guyane, la proportion de personnes indiquant avoir fait au moins un test de dépistage du VIH dans les douze derniers mois est deux fois plus élevée qu'en métropole (17 % vs 7 % chez les hommes, $p < 10^{-5}$, 18 % vs 10 % chez les femmes, $p < 10^{-5}$). Ce recours plus fréquent dans les DFA se retrouve quelle que soit la période considérée et à toutes les classes d'âges, à l'exception des 18-24 ans qui ont des comportements comparables (figure 1). Des différences de recours au dépistage peuvent aussi être notées entre les hommes et les femmes, manifestant une utilisation différenciée du test. Jusqu'à 35 ans, les femmes, dans les DFA comme en métropole, sont plus nombreuses que les hommes à avoir effectué un test de dépistage (28 % vs 13 % dans les DFA, $p < 10^{-5}$, 21 % vs 11 % en métropole, $p < 10^{-5}$), du fait du recours au dépistage lors des grossesses. Au-delà de 35 ans, dans les DFA, les hommes sont plus nombreux que les femmes à déclarer avoir eu recours à un test de dépistage dans l'année (19 % vs 12 %, $p = 0,0004$), alors qu'en métropole, il n'y a pas de différence (6 % vs 5 %).

Un recours au dépistage peu corrélé aux comportements sexuels chez les hommes des DFA

Cette fréquence élevée du recours au dépistage chez les hommes des DFA âgés de 35 à 69 ans pourrait trouver, au moins en partie, son explication,

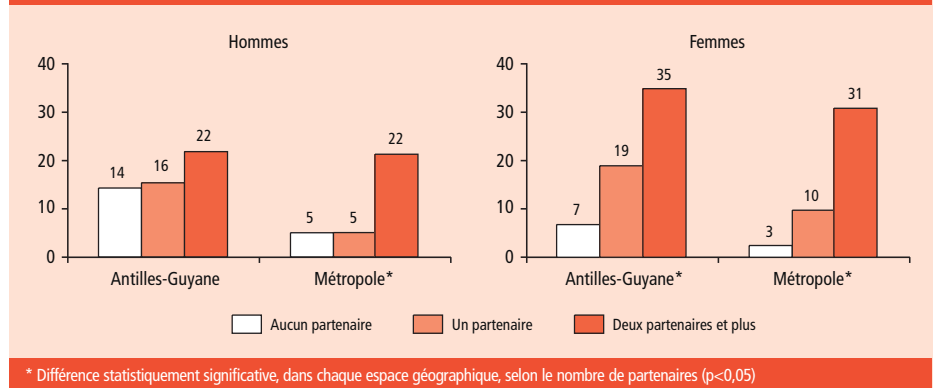
Figure 1 Pourcentage d'individus ayant déclaré avoir eu recours, au moins une fois, à un test de dépistage du VIH au cours des douze mois précédant l'enquête selon l'âge et le lieu d'enquête, France
Figure 1 Percentage of respondents who reported having had, at least once, a HIV test in the last year, by age and survey site, France



* Différence statistiquement significative, à chaque classe d'âges, entre les Antilles-Guyane et la métropole ($p < 0,05$)

dans la persistance avec l'âge de comportements pouvant présenter des risques de contamination. À 35-69 ans, 19 % des hommes des DFA ont déclaré avoir eu, dans l'année, plusieurs partenaires sexuels (être multipartenaires) contre 8 % en métropole (3 % chez les femmes des deux espaces géographiques). Néanmoins, dans la population masculine des DFA, le recours au dépistage n'apparaît que faiblement associé au nombre de partenaires sexuels déclarés dans les douze derniers mois, contrairement à ce qui est observé chez les femmes des DFA ainsi que chez les hommes comme chez les femmes de métropole (figure 2). La comparaison entre les deux espaces géographiques montre aussi que le recours plus élevé au dépistage dans les DFA s'explique principalement par le fait que la proportion de personnes ayant fait un test dans l'année est plus élevée parmi les abstinentes et les monopartenaires des DFA que parmi ceux de métropole, chez les hommes comme chez les femmes, alors qu'elle est comparable parmi les multipartenaires (figure 2). L'analyse par régression logistique des déterminants du recours au dépistage du VIH (tableau) confirme le fait que le recours au dépistage des hommes des DFA n'est, toutes choses égales par ailleurs, ni associé à leurs comportements (sexuels ou préventifs), ni à leurs caractéristiques sociodémographiques, à l'exception de leur âge (probabilité plus élevée de recours parmi les plus âgés, OR=1,74 [IC 95 % : 1,08-2,79]). En métropole (chez les hommes et les femmes) ainsi que chez les femmes des DFA, en revanche, il

Figure 2 Pourcentage d'individus ayant déclaré avoir eu recours, au moins une fois, à un test de dépistage du VIH au cours des douze mois précédant l'enquête selon le nombre déclaré de partenaires au cours des douze derniers mois et le lieu d'enquête, France | **Figure 2** Percentage of respondents who reported having had, at least once, a HIV test in the last year by number of reported sexual partners in the last year and survey site, France



existe un lien étroit entre le recours au dépistage et le nombre de partenaires sexuels : les multipartenaires ont en effet une probabilité environ trois fois supérieure d'avoir eu recours à un test que les abstinentes. Chez les femmes des deux espaces géographiques, d'autres déterminants interviennent pour expliquer le recours à un dépistage du VIH (le fait d'avoir eu une infection sexuellement transmissible dans les cinq dernières années, de vivre en couple sans être mariée ou pacsée, d'être âgée de moins de 35 ans) dont certains spécifiques à la métropole (le fait d'avoir utilisé au moins une fois des préservatifs dans l'année, de se percevoir plus à risque de contamination que la moyenne de la population, d'avoir au moins

le baccalauréat).

Dans les DFA, les tests sont davantage effectués dans le cadre de bilans sanguins

Les motifs ayant conduit les individus à recourir à leur dernier test, effectué dans l'année, diffèrent nettement selon le sexe ainsi qu'entre les espaces géographiques. Les femmes, des DFA et de métropole, sont bien plus nombreuses que les hommes à l'avoir effectué dans le cadre d'un test systématiquement proposé (examen prénatal ou pré-nuptial) : dans les DFA, 30 % vs 6 % (p<10 5), en métropole, 36 % vs 8 % (p<10 5). Mais la part importante des tests réalisés à l'occasion de bilans

Tableau Modèle final de régression logistique sur les déterminants du recours à un test de dépistage du VIH au cours des douze mois précédant l'enquête dans les DFA et en métropole, chez les hommes et chez les femmes | **Table** Final logistic regression model on factors associated with the use of HIV test in the last year in the French American departments and in mainland France, by gender

	Antilles-Guyane				Métropole			
	Hommes (n = 1 155)		Femmes (n = 1 762)		Hommes (n = 2 165)		Femmes (n = 2 773)	
	OR ajusté	IC à 95 %	OR ajusté	IC à 95 %	OR ajusté	IC à 95 %	OR ajusté	IC à 95 %
Classe d'âges								
Moins de 35 ans	1		1		1		1	
35 ans et plus	1,74*	[1,08 - 2,79]	0,43***	[0,31 - 0,59]	0,88	[0,55 - 1,39]	0,27***	[0,19 - 0,38]
Diplôme								
Aucun diplôme	1		1		1		1	
Inférieur au baccalauréat	1,05	[0,65 - 1,69]	1,28	[0,82 - 2,00]	0,86	[0,46 - 1,62]	1,60	[0,88 - 2,89]
Baccalauréat et plus	1,12	[0,70 - 1,78]	1,26	[0,83 - 1,92]	1,47	[0,81 - 2,65]	2,28***	[1,34 - 3,88]
Situation matrimoniale								
Non cohabitant	1		1		1		1	
Non marié/pacsé cohabitant	1,26	[0,75 - 2,10]	1,55*	[1,02 - 2,35]	1,68	[0,98 - 2,85]	1,60*	[1,00 - 2,57]
Mariés/pacsés cohabitant	0,99	[0,60 - 1,64]	0,95	[0,64 - 1,40]	0,68	[0,40 - 1,15]	1,23	[0,78 - 1,94]
Nombre de partenaires douze mois								
Aucun partenaire	1		1		1		1	
Un partenaire	0,70	[0,34 - 1,45]	2,08*	[1,19 - 3,64]	0,82	[0,33 - 2,02]	1,45	[0,65 - 3,27]
Deux partenaires et plus	1,01	[0,46 - 2,22]	3,03**	[1,42 - 6,46]	3,15*	[1,21 - 8,21]	3,02*	[1,26 - 7,24]
Perception du risque de contamination								
Plus de risque que la moyenne de la population	1		1		1		1	
Le même risque	0,65	[0,32 - 1,31]	1,01	[0,46 - 2,21]	0,86	[0,41 - 1,81]	0,32***	[0,15 - 0,65]
Moins de risque	0,65	[0,32 - 1,34]	0,70	[0,31 - 1,57]	0,72	[0,33 - 1,54]	0,29***	[0,14 - 0,60]
Aucun risque de contamination	0,47	[0,21 - 1,07]	0,60	[0,24 - 1,47]	0,56	[0,23 - 1,38]	0,29***	[0,13 - 0,64]
Ne sait pas situer son risque	0,14*	[0,03 - 0,64]	0,49	[0,15 - 1,63]	1,48	[0,16 - 13,31]	0,21	[0,04 - 1,07]
Antécédent d'IST (hors mycose) cinq ans								
Pas d'IST	1		1		1		1	
Au moins une fois une IST	1,28	[0,53 - 3,11]	2,83**	[1,50 - 5,36]	1,68	[0,57 - 5,02]	2,46*	[1,22 - 4,92]
Utilisation de préservatifs douze mois								
Pas d'utilisation	1		1		1		1	
Utilisation au moins une fois	1,27	[0,83 - 1,94]	1,12	[0,77 - 1,62]	0,95	[0,60 - 1,51]	2,20***	[1,54 - 3,12]

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

sanguins constitue une des spécificités des circonstances citées de dépistage aux Antilles et en Guyane, dans la population masculine comme féminine. Chez les hommes, les bilans sanguins constituent 25 % des motifs cités contre 12 % en métropole ($p=0,003$), chez les femmes, 18 % contre 3 % ($p<10^{-5}$). Dans les DFA, une proportion élevée de personnes indique aussi, comme motif de dépistage, avoir fait leur dernier test parce qu'elles font « régulièrement des tests » (chez les hommes, 11 % vs 4 % en métropole, $p=0,03$, chez les femmes, 9 % vs 2 %, $p=0,005$). À l'inverse, les hommes et les femmes des DFA sont, dans des proportions comparables, deux fois moins nombreux que ceux de métropole à indiquer avoir fait un test pour abandonner l'usage du préservatif (5 % vs 10 %, $p=0,01$). Les circonstances de tests qui pourraient être liées à une stratégie de prévention (comme à la suite d'une relation sexuelle non protégée, pour abandonner l'usage du préservatif, etc.) sont d'autant plus citées que l'activité sexuelle présente des risques. Ainsi, les hommes monopartenaires des DFA sont 10 % à avoir cité de telles circonstances, les multipartenaires ayant eu deux partenaires sont 30 % dans ce cas et ceux ayant eu trois partenaires et plus 43 % (p global=0,002). Chez les femmes des DFA, les proportions sont respectivement de 11 %, 45 % et 65 % ($p<10^{-5}$).

Discussion - Conclusion

Les populations des DFA recourent davantage au dépistage du VIH que celles vivant en métropole. Néanmoins, ce dépistage semble moins s'inscrire dans une logique de prévention, comme en témoigne la faible corrélation entre recours au dépistage et comportements sexuels dans la population masculine, ou encore l'importance des tests réalisés « en routine », dans le cadre de bilans sanguins. Cette double spécificité des DFA par rapport à la métropole, qui avait déjà été observée en 1992, date de la précédente enquête réalisée dans cette région [7], s'explique sans doute par le contexte épidémiologique. En effet, dans les DFA, l'épidémie de VIH/sida est particulièrement importante, voire considérée comme « généralisée » en Guyane, selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (séroprévalence des femmes parturientes supérieure à 1 %). De plus, le mode de transmission du VIH est, et a toujours été, très majoritairement hétérosexuel, affectant la population, hommes et femmes, dans son ensemble, et entraînant probablement la perception d'une plus grande proximité au risque. Aux Antilles et en Guyane, 47 % des personnes ont en effet déclaré craindre beaucoup pour elles-mêmes le sida contre seulement 13 % des personnes interrogées en métropole [5]. Cette proportion décroît peu avec l'âge, témoignant d'une perception du risque assez diffuse dans la population, et, à 55-69 ans, ce sont encore 41 % des habitants des DFA qui déclarent cette forte crainte du sida. Enfin, la fréquence du multipartenariat hétérosexuel masculin et des relations simultanées durables constituent autant d'éléments contribuant à la diffusion de l'épidémie, et donc à celle du risque de contamination dans la population. Et cela d'autant que, même

si le multipartenariat concerne plus fréquemment des personnes vivant seules que cohabitantes, une part bien plus importante qu'en métropole d'hommes vivant en couple sont engagées dans des relations simultanées. La crainte élevée du sida qui touche une large part de la population, l'exposition au risque de contamination, du fait de comportements à risque présents ou passés, contribuent sans doute à expliquer cette forte activité de dépistage aux Antilles et en Guyane parmi les personnes abstinentes ou monopartenaires. Ce contexte général pourrait favoriser le recours plus large au dépistage dans les DFA et contribue probablement à inciter certains médecins à inclure systématiquement le dépistage du VIH dans les bilans sanguins, comme cela a pu être observé en Martinique en 1996 [8], expliquant l'importance des tests réalisés dans ces circonstances aux Antilles et en Guyane.

Malgré la persistance de ces spécificités, une diminution du recours déclaré au dépistage dans les DFA peut être notée entre 1992 et 2004, avec près de deux fois moins de personnes déclarant avoir eu recours à un test au cours des douze mois précédant l'enquête et une baisse qui a touché les hommes et les femmes, les monopartenaires comme les multipartenaires [5,7]. Il est difficile d'interpréter cette diminution sur une période aussi longue, d'autant que les données disponibles d'activité de dépistage entre 2001 et 2004 (Institut de veille sanitaire, LaboVIH) ne semblent pas aller dans le sens d'une baisse. Néanmoins, dans des départements où une forte proportion de personnes séropositives est dépistée tardivement et dans lesquels l'incitation au dépistage constitue un des objectifs des trois programmes régionaux de lutte contre le VIH/sida, on ne peut s'empêcher de voir, dans ces déclarations de moindre recours, un indicateur quelque peu préoccupant, cela d'autant que la baisse du recours déclaré au dépistage touche également les personnes les plus exposées au risque.

Or, les résultats de l'enquête Vespa montrent que les patients dépistés tardivement constituent, aux Antilles et en Guyane, une population davantage exposée au risque que les autres (notamment, moins fréquemment engagés dans une relation stable [9]), à l'inverse de ce qui est observé dans la population française de métropole où le retard au dépistage est notamment associé au fait d'être en couple stable [10].

Si ces résultats suggèrent un renforcement de la proposition de dépistage aux Antilles et en Guyane, compte tenu de l'enjeu individuel et collectif d'un dépistage précoce, ils ne semblent pas, en revanche, encourager à systématiser la proposition de dépistage lors de toute consultation médicale, comme le prévoient les nouvelles recommandations du Conseil national du sida sur le dépistage du VIH dans les zones à forte prévalence [11]. En effet, dans les DFA, la proposition de dépistage semble devoir être renforcée en direction des personnes ayant des comportements à risque ainsi que des populations les plus vulnérables face au VIH (les personnes les moins diplômées, les migrants originaires de la Caraïbe et d'Amérique du Sud, les personnes âgées, les femmes, les plus jeunes

adultes [5]) chez certaines desquelles un retard au dépistage est observé. Il semble donc nécessaire d'identifier des circonstances dans lesquelles le test pourrait être systématiquement proposé (par exemple, à l'occasion d'une interruption volontaire de grossesse, comportement qui concerne environ un tiers des femmes des DFA [5], ou lors du diagnostic d'une infection sexuellement transmissible, fréquente dans les DFA [5]). Il semble aussi nécessaire de favoriser une meilleure perception du risque lié aux comportements des individus afin d'encourager une démarche volontaire de dépistage s'inscrivant dans une logique de prévention. Enfin, la délivrance d'informations sur les traitements disponibles et les bénéfices d'une prise en charge précoce doit être renforcée, afin d'inciter au dépistage : en 2004, 52 % des habitants des DFA déclaraient n'avoir jamais entendu parler de traitements contre le VIH (28 % en métropole) [5].

Élargir la proposition systématique de dépistage dans des situations à risque ou parmi les populations les plus vulnérables au VIH, favoriser une meilleure perception du risque et informer sur les bénéfices d'une prise en charge précoce constituent autant d'enjeux majeurs dans la lutte contre le VIH/sida dans ces régions.

Remerciements

Nous remercions l'ANRS et la Fondation de France qui ont financé cette recherche, ainsi que les membres du comité scientifique et des groupes de pilotage de l'enquête (liste complète sur la version électronique de l'article).

Remerciements consultables sur le site de l'InVS : www.invs.sante.fr/display/?doc=beh/2008/07_08/index.htm

Références

- [1] Cabié A, Georger Sow M.T, Nacher M. Particularités de l'infection à VIH aux Antilles et en Guyane française en 2004. Bull Epidemiol Hebd. 2005; 46 47:238 9.
- [2] Cazein F. Activité de dépistage du VIH. In: Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France - 10 ans de surveillance, 1996-2005. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire, mars 2007:44-8.
- [3] Le Vu S. Dépistage anonyme et gratuit du VIH. In: Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France - 10 ans de surveillance, 1996-2005. Paris: InVS, mars 2007:49-57.
- [4] Lert F. Enquête ANRS-EN13-Vespa 2003. Communication personnelle, août 2007.
- [5] Halfen S, Fenies K, Ung B, Grémy I. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida aux Antilles et en Guyane en 2004. Paris: ORS Ile-de-France, 2006.
- [6] Beltzer N, Lagarde M, Wu Zhou X, Grémy I. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France en 2004. Paris: ORS Ile-de-France, 2005.
- [7] Giraud M, Gilloire A, Halfen S, de Colomby P. Analyse des comportements sexuels aux Antilles et en Guyane (ACSAG). Paris: Rapport ANRS, 1994.
- [8] Halfen S. Le dépistage du VIH en Martinique : des pratiques médicales aux comportements des populations. Thèse de doctorat de démographie, Université Paris X - Nanterre, 2000.
- [9] Bouillon K, Lert F, Michelot F, Schmaus A, Spire B, Dray-Spira R. Les patients vivant avec le VIH-sida dans les départements français d'Amérique: résultats de l'enquête ANRS-VESPA, 2003. Bull Epidemiol Hebd. 2005; 46 47:240 2.
- [10] Delpierre C, Cuzin L, Lauwers-Cances V, Marchou B, Lang T. High-risk groups for late diagnosis of HIV infection: a need for rethinking testing policy in the general population. AIDS Patient Care and STDs. 2006; 20(12):838-47.
- [11] Conseil national du sida. Rapport sur l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France suivi de recommandations. Adopté lors de la séance plénière du 16 novembre 2006 sur proposition de la commission « Dépistage ».