

2 - Dépistage et prise en charge du VIH

2.1	Activité de dépistage du VIH	44
2.1.1	Introduction	44
2.1.2	Résultats	44
2.1.3	Discussion	47
	Méthodologie	47
	Références bibliographiques	48
2.2	Dépistage anonyme et gratuit du VIH	49
2.2.1	Introduction	49
2.2.2	Évolution de l'activité des CDAG jusqu'en 2005	50
2.2.3	Profil des consultants d'après les enquêtes transversales en 2000 et 2004	55
2.2.4	Discussion	56
	Méthodologie	57
	Références bibliographiques	57
2.3	Prise en charge tardive du VIH	58
2.3.1	Introduction	58
2.3.2	Résultats	58
2.3.3	Discussion	61
	Méthodologie	62
	Références bibliographiques	63

2.1 - Activité de dépistage du VIH

Rédigé par Françoise Cazein (f.cazein@invs.sante.fr)

Les points clés

- Diminution du nombre annuel de sérologies VIH entre 1994 et 1997, puis augmentation jusqu'en 2005 (5,3 millions).
- 85 sérologies VIH réalisées en 2005 pour 1 000 habitants.
- Forte diminution du nombre de sérologies positives durant les années 1990, puis augmentation depuis 2001 et stabilisation en 2005 (autour de 11 600).
- Disparités régionales importantes, la Guyane, la Guadeloupe et l'Île-de-France restant les régions les plus touchées.

2.1.1 INTRODUCTION

Sur la période de 1996 à 2005, les données sur l'activité de dépistage du VIH à l'échelle nationale proviennent, d'une part, d'un réseau de biologistes volontaires (RENAVI) ayant fonctionné de 1989 à 1997 et, d'autre part, d'une enquête s'adressant à l'ensemble des biologistes, de ville et hospitaliers (LaboVIH), mise en place en 2001. Les informations communes recueillies par ces deux systèmes sont le nombre de sérologies du VIH effectuées (en dehors des dons du sang) et le nombre de sérologies confirmées positives, pour la première fois dans le laboratoire.

Pour la période 1998-2000, suivant l'arrêt de RENAVI et précédant la mise en place de LaboVIH, ces données ne sont pas disponibles.

La méthode de ces deux recueils d'information est détaillée plus loin (cf. encadré méthodologie).

2.1.2 RÉSULTATS

2.1.2.1 Participation

En 1996, 311 biologistes ont été volontaires pour participer au réseau RENAVI et 381 en 1997, soit respectivement 9 % et 11 % des laboratoires effectuant le dépistage du VIH et 29 % et 50 % des laboratoires faisant les tests de confirmation par Western-Blot [1].

LaboVIH s'adresse à la totalité des biologistes répertoriés par l'Institut de veille sanitaire (InVS) comme prenant en charge des prélèvements pour sérologie du VIH (entre 4 200 et 4 300 laboratoires selon l'année). On note globalement une bonne participation des biologistes, qui s'est améliorée entre 2001 (81 %) et 2005 (86 %) [2,3]. La participation des laboratoires hospitaliers, qui ne représentent que 10 % des laboratoires interrogés, est supérieure à celle des laboratoires de ville (en 2005, respectivement 95 % et 85 %). La participation varie aussi selon les régions : en 2001, elle s'échelonnait de 53 % à 98 %. L'écart entre la participation la plus faible et la plus élevée s'est réduit jusqu'en 2005 (participation de 78 % à 98 %), ce qui améliore les possibilités de comparaisons régionales.

2.1.2.2 Nombre de sérologies VIH

Le nombre de sérologies VIH réalisées a été estimé à 3,7 et 3,6 millions en 1996 et 1997 (France métropolitaine seulement). En 2001, ce nombre est estimé à 4,3 millions pour l'ensemble de la France (dont 4,2 millions en métropole), montrant une augmentation entre 1997 et 2001, qui s'est poursuivie : +4 % par an jusqu'en 2004 et +8 % entre 2004 et 2005. En 2005, 5,3 millions de sérologies ont été réalisées.

Près des trois quarts des sérologies VIH sont effectuées en ville, proportion stable au cours du temps. Depuis 2001, entre 6 % et 8 % des sérologies sont réalisées dans le cadre anonyme d'une Consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) (cf. chapitre 2.2)

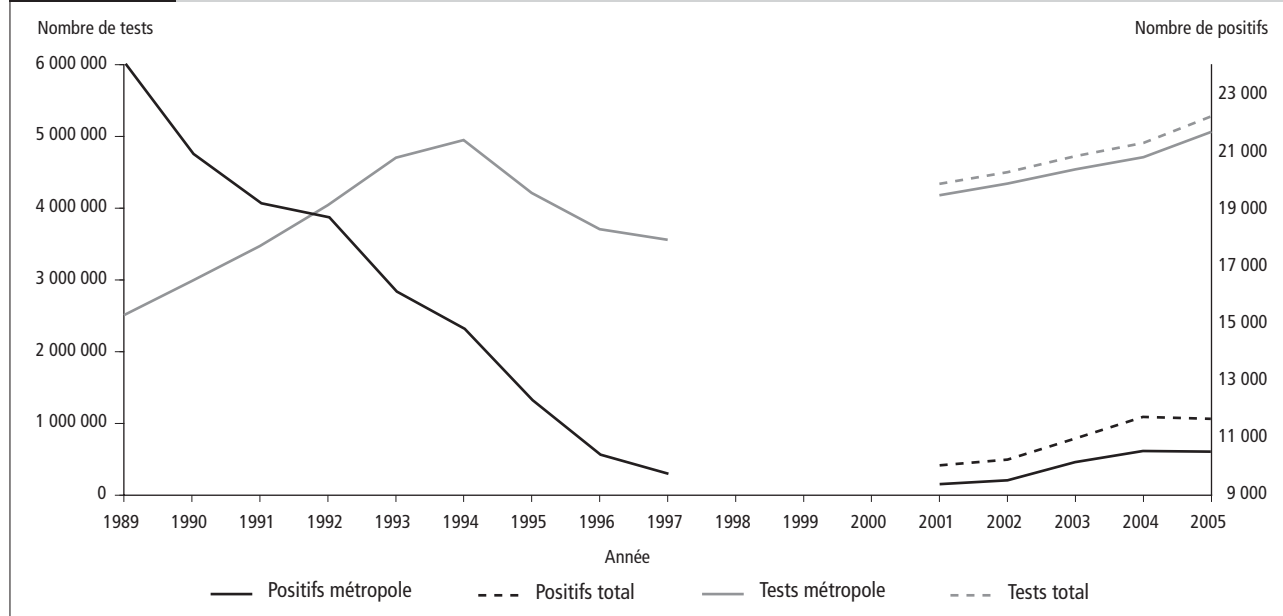
L'évolution du nombre de sérologies en France métropolitaine s'est modifiée entre les périodes 1996-1997 et 2001-2005 (figure 1).

Le nombre de sérologies, qui avait diminué fortement avant 1996 (-13 % par an depuis 1994), continuait de diminuer entre 1996 et 1997

mais de façon plus ralentie (-4 %). Les résultats, depuis 2001, montrent au contraire une augmentation qui s'est encore accentuée en 2005.

FIGURE 1

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE SÉROLOGIES VIH EFFECTUÉES ET DU NOMBRE DE SÉROLOGIES CONFIRMÉES POSITIVES ENTRE 1989 ET 2005 (SOURCES : RENA VI POUR 1989-1997, LABOVIH POUR 2001-2005)

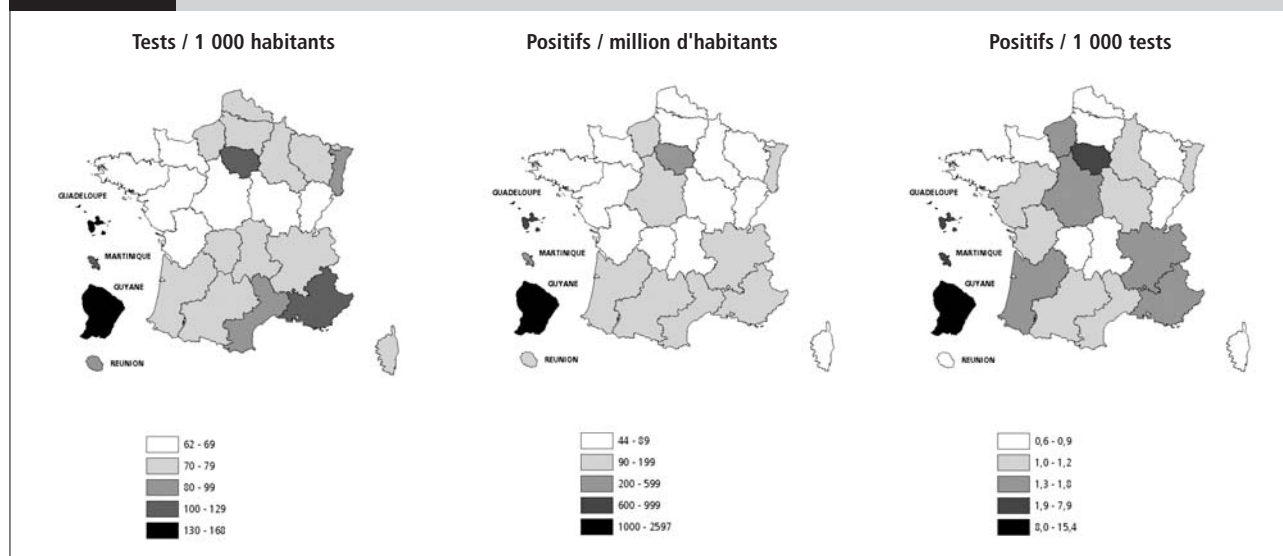


Le nombre de tests sérologiques effectués rapporté à la population est de 85/1 000 habitants en 2005 pour la France entière et 83/1 000 habitants en métropole. Il se rapproche en 2005 du maximum qui avait été observé en 1994 (86/1 000 habitants en métropole).

Ce taux présente des disparités géographiques (figure 2), avec une plus grande pratique des tests (plus de 100 tests pour 1 000 habitants) dans les régions qui étaient dans les années quatre-vingt-dix les plus touchées par l'épidémie (Île-de-France (IDF), Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) et Départements français d'Amérique (DFA)).

FIGURE 2

NOMBRE DE SÉROLOGIES VIH RAPPORTÉ À LA POPULATION, NOMBRE DE SÉROLOGIES POSITIVES RAPPORTÉ À LA POPULATION^a ET NOMBRE DE SÉROLOGIES POSITIVES POUR 1 000 TESTS EN 2005



^a Données de population : Insee, estimations de population 2005.

2.1.2.3 Nombre de sérologies VIH confirmées positives

Le nombre de sérologies confirmées positives estimé au moyen des enquêtes RENAUI et LaboVIH ne correspond pas à autant de découvertes de séropositivité, puisqu'il inclut les tests faits pour une même personne dans plusieurs laboratoires.

En 1996 et 1997, le nombre de tests positifs (métropole uniquement) était estimé respectivement à 10 700 et 10 100. En 2001, le nombre de sérologies confirmées positives a été estimé à environ 10 000 pour la France entière, dont 9 400 en métropole. Il a ensuite augmenté jusqu'en 2004 puis s'est stabilisé en 2005 (11 600, dont 10 500 en métropole) (figure 1).

Parmi ces sérologies positives, la proportion de celles réalisées en ville a augmenté depuis 2002 (32 %), pour atteindre 38 % en 2005 ($p < 10^{-4}$). Depuis 2001, entre 11 % et 12 % des sérologies positives ont été réalisées dans un cadre anonyme.

La diminution du nombre de sérologies positives entre 1996 et 1997 (-6 %) en France métropolitaine était en continuité avec l'évolution

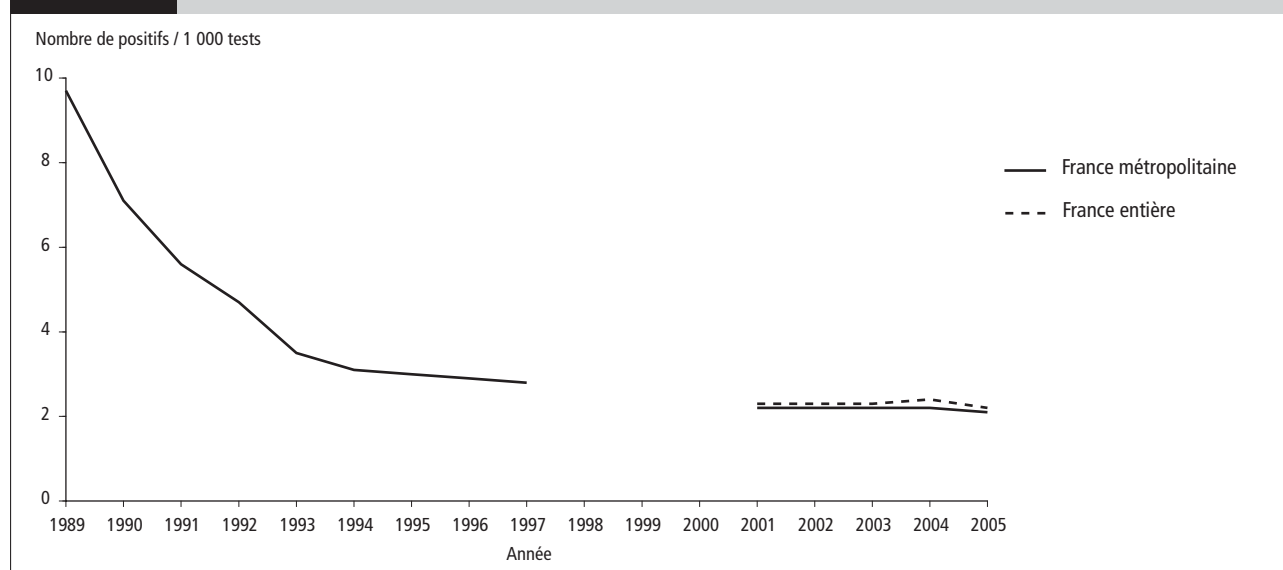
observée auparavant. Le nombre de sérologies positives a continué à diminuer entre 1997 et 2001, mais cette tendance s'inverse ensuite, puisque le nombre de sérologies positives a augmenté de 2001 à 2004. En 2005, ce nombre se stabilise (figure 1).

Le nombre de sérologies confirmées positives rapporté à la population est de 186 par million d'habitants en 2005 à l'échelle nationale. Cette proportion montre des disparités régionales très importantes (figure 2). Les régions les plus touchées sont la Guyane (2 597 par million d'habitants, soit 60 fois plus que la région la moins touchée), la Guadeloupe (971), l'IDF (530) et la Martinique (432). Dans toutes les autres régions, y compris en PACA, cette proportion est inférieure à la moyenne nationale.

Le nombre de sérologies positives rapporté à 1 000 tests (figure 3) montre une diminution de ce rapport, de 2,9 en 1996 à 2,2 en 2001 en métropole, dans la continuité des années précédentes, puis une stabilisation jusqu'en 2005 (2,1). Si on considère l'ensemble de la France (métropole + outre-mer), ce rapport est de 2,3 en 2001 et de 2,2 en 2005. Quelle que soit l'année, ce rapport est plus élevé pour les sérologies effectuées dans un cadre anonyme (cf. chapitre 2.2), autour de 5 positifs pour 1 000 tests de 2001 à 2004 et 3,8 en 2005.

FIGURE 3

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE SÉROLOGIES VIH POSITIVES POUR 1 000 SÉROLOGIES EFFECTUÉES ENTRE 1989 ET 2005 (SOURCES : RENAUI POUR 1989-1997, LABOVIH POUR 2001-2005)



Ce rapport varie d'une région à l'autre (figure 2) ; il est plus élevé en Guyane (15 positifs pour 1 000 tests), en Guadeloupe (7), en IDF (5) et en Martinique (4) que dans les autres régions (< 2).

2.1.2.4 Caractéristiques des personnes confirmées positives

La proportion de femmes parmi les personnes ayant eu une sérologie VIH confirmée positive était, en France métropolitaine, de 28 % en 1996 et de 30 % en 1997. Elle a augmenté ensuite pour atteindre 39 % de femmes en France métropolitaine en 2001 et 42 % en 2002. Cette augmentation a été ultérieurement confirmée par les résultats de la notification obligatoire du VIH (42 % de femmes en 2003, cf. chapitre 1.1), mais ne se poursuit pas au-delà de 2003.

En 2001 comme en 2002, la proportion de femmes montre des disparités régionales ; elle est plus élevée en IDF (46 % en 2002) et dans les DOM (50 %) que dans les autres régions de la métropole (35 %) ($p < 10^{-6}$). Cette disparité régionale persiste après 2002 (cf. chapitre 1.1).

L'âge médian des personnes ayant eu une sérologie VIH confirmée positive est plus élevé, quelle que soit l'année, chez les hommes (38 ans en 2002) que chez les femmes (32 ans) ($p < 10^{-4}$). L'âge médian s'est élevé chez les hommes, de 34 ans en 1996 à 38 ans en 2002, poursuivant ainsi une évolution observée avant 1996. Chez les femmes, l'augmentation observée jusqu'en 1997 ne se poursuit pas au-delà et l'âge médian reste à 32 ans jusqu'en 2002. Les données issues de la notification obligatoire du VIH à partir de 2003 montrent que l'âge médian des hommes comme des femmes se stabilise après 2002 (cf. chapitre 1.1).

Parmi les personnes ayant eu une sérologie VIH confirmée positive, la classe d'âge des 25-39 ans est majoritaire, mais en diminution entre 1996 (59 %) et 2002 (54 %), alors que la part des 40 ans et plus a augmenté entre 1996 (27 %) et 2002 (36 %). Les données de la notification obligatoire montrent que cette évolution se poursuit jusqu'en 2005 (51 % de 25-39 ans et 38 % de 40 ans et plus). Sur l'ensemble de la période, la part des jeunes de 15 à 24 ans est stable (environ 10 %).

2.1.3 DISCUSSION

L'activité de dépistage du VIH, qui avait fortement augmenté depuis la fin des années quatre-vingts pour atteindre un maximum en 1994, s'est ralentie ensuite jusqu'en 1997. Depuis 2001, la tendance s'inverse et le nombre de tests augmente à nouveau, pour atteindre en 2005 le nombre observé en 1994. Cette augmentation est plus marquée entre 2004 et 2005 qu'au cours des trois années précédentes, ce qui peut être mis en lien avec les campagnes d'incitation au dépistage de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) ayant eu lieu en 2005 et avec les actions menées dans le cadre de la grande cause nationale 2005. L'activité de dépistage est plus importante en France (85 sérologies pour 1 000 habitants en 2005) que dans d'autres pays d'Europe de l'Ouest comme la Belgique, le Portugal, la Suisse, l'Allemagne [4].

Le nombre de sérologies confirmées positives, qui augmentait chaque année depuis 2001, se stabilise entre 2004 et 2005. Cette évolution peut être mise en parallèle avec l'évolution du nombre annuel de demandes d'exonération du ticket modérateur pour les infections par

le VIH : après une augmentation entre 2001 et 2004, ce nombre s'est également stabilisé entre 2004 et 2005 [5].

L'augmentation du nombre de sérologies réalisées en 2005 sans augmentation parallèle du nombre de sérologies positives peut s'expliquer par le fait qu'un grand nombre de personnes à faible risque d'infection par le VIH se font dépister à la suite des campagnes d'incitation au dépistage dans la population générale. Pour ces personnes, l'intérêt de ces campagnes est de promouvoir le dépistage comme outil permettant d'ajuster les comportements de prévention grâce aux conseils personnalisés lors de la prescription ou du rendu du test.

La proportion de sérologies positives pour 1 000 tests reste en 2005 près de deux fois plus élevée parmi les sérologies effectuées dans le cadre d'une CDAG que dans un cadre non anonyme, ce qui souligne l'intérêt de ces consultations qui accueillent une population plus touchée que la population générale.

La proportion de sérologies confirmées positives parmi les sérologies réalisées montre des variations géographiques importantes d'une région à l'autre, en fonction de l'activité de dépistage et de l'importance de l'épidémie. L'IDF et les Départements français d'Amérique (DFA) ont à la fois une activité de dépistage et une proportion de sérologies positives élevées. La situation en Guyane, avec un taux de sérologies positives rapporté à la population presque trois fois plus élevé qu'en Guadeloupe et presque cinq fois plus élevé qu'en IDF, reste particulièrement alarmante, comme le montrent également les résultats de notification du VIH et du sida.

MÉTHODOLOGIE

- Le réseau RENA VI (1989-1997), géré par le Réseau national de santé publique (RNSP) reposait sur des biologistes volontaires, qui transmettaient mensuellement des informations sur les sérologies VIH effectuées dans leurs laboratoires, en dehors des dons du sang. Une enquête complémentaire annuelle, faite de 1989 à 1996 auprès d'un échantillon de laboratoires non participants, permettait de faire une estimation pour la France métropolitaine du nombre de tests effectués et du nombre de sérologies positives [1].
- L'enquête LaboVIH a été mise en place en 2001 par l'InVS auprès de l'ensemble des laboratoires d'analyses médicales de France. Ses objectifs sont d'évaluer, à l'échelle nationale (métropole et outre-mer), le nombre de personnes testées pour le VIH, à l'exclusion des donneurs de sang, le nombre de personnes confirmées positives et leur évolution au cours du temps. Durant la période ayant précédé la mise en place de la notification obligatoire de l'infection par le VIH en 2003, un autre objectif de cette enquête était de caractériser en terme de sexe et d'âge, les personnes confirmées positives [2].

En 2001 et 2002, les Observatoires régionaux de la santé (ORS) de quatre régions (Alsace, Auvergne, Bretagne et Poitou-Charentes), qui recueillaient déjà auparavant ces informations, ont continué à le faire et les ont transmis à l'InVS. Depuis 2003, seul l'ORS de Bretagne poursuit ce recueil.

Pour les régions dont les données ne sont pas transmises par les ORS, l'InVS adresse chaque semestre un questionnaire directement à l'ensemble des laboratoires de ville et hospitaliers. Les données anonymes recueillies sont le nombre de personnes testées vis-à-vis du VIH et le nombre de personnes confirmées positives, sachant que ces nombres incluent des personnes testées plusieurs fois. En 2001 et 2002, années précédant la mise en place de la notification obligatoire du VIH (cf. chapitre 1.1), il était également demandé, pour les personnes confirmées positives, le sexe, l'âge et le département de domicile.

L'estimation des résultats pour l'ensemble des laboratoires est faite en attribuant :

- aux laboratoires ayant transmis leur activité pour un seul semestre, une estimation de leur activité annuelle calculée à partir de leur réponse partielle ;
- aux laboratoires n'ayant transmis aucune réponse, la médiane de l'activité des laboratoires du même type (laboratoire de ville ou hospitalier) et de la même région.

■ RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Goulet V, de Benoist AC, Laurent E. Activité de dépistage de l'infection à VIH en France en 1997. Réseau RENAVI. Bull Epidemiol Annuel 1999;(2):31-4.
- [2] Cazein F, Couturier S, Pillonel J, Lot F, Semaille C. Dépistage et diagnostic du VIH dans les laboratoires en France (2001-2002). Bull Epidemiol Hebd 2004;24-25:111-2.
- [3] Lot F, Cazein F, Pillonel J. Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2005. Bull Epidemiol Hebd 2006;48:371-8.
- [4] EuroHIV. HIV/AIDS Surveillance in Europe. End-year report 2005. Saint-Maurice; 2006. Report No: 73.
- [5] Nouveaux cas des affections de longue durée (ALD 30) de 1990 à 2005 - France entière. Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CnamTS) 2006. www.ameli.fr

2.2 - Dépistage anonyme et gratuit du VIH

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

Les points clés

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

2.2.1 INTRODUCTION

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

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

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

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

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

Repères chronologiques

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

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

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

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

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

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

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

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

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

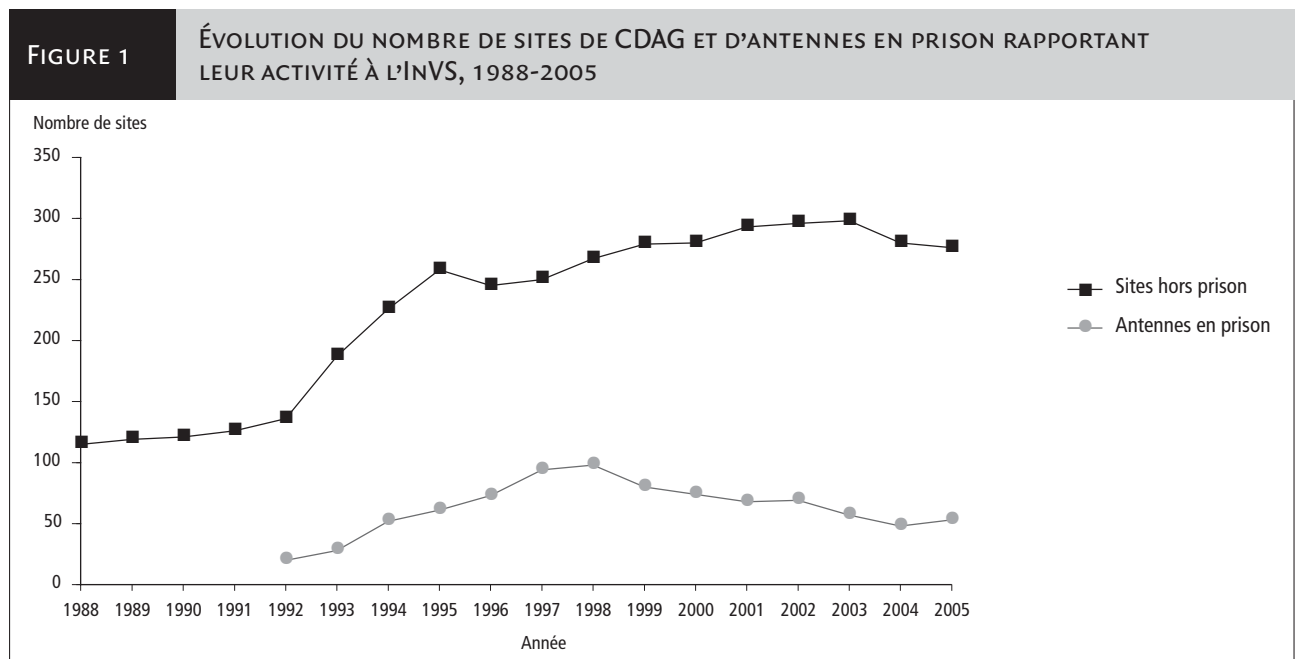
2.2.2.1 Le nombre de CDAG

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

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

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

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



2.2.2.2 La fréquentation des CDAG

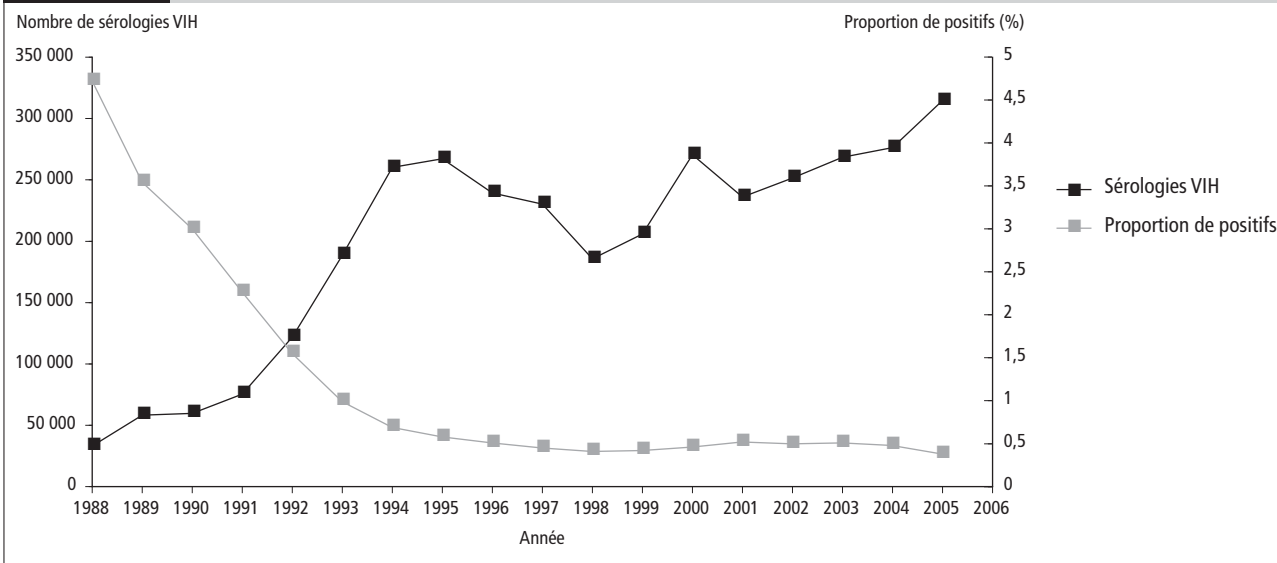
L'activité de dépistage anonyme et gratuit du VIH s'est considérablement développée depuis la création des CDAG en 1988 et au fur et à mesure de leur implantation.

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

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

FIGURE 2

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



2.2.2.3 Les sérologies positives

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

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

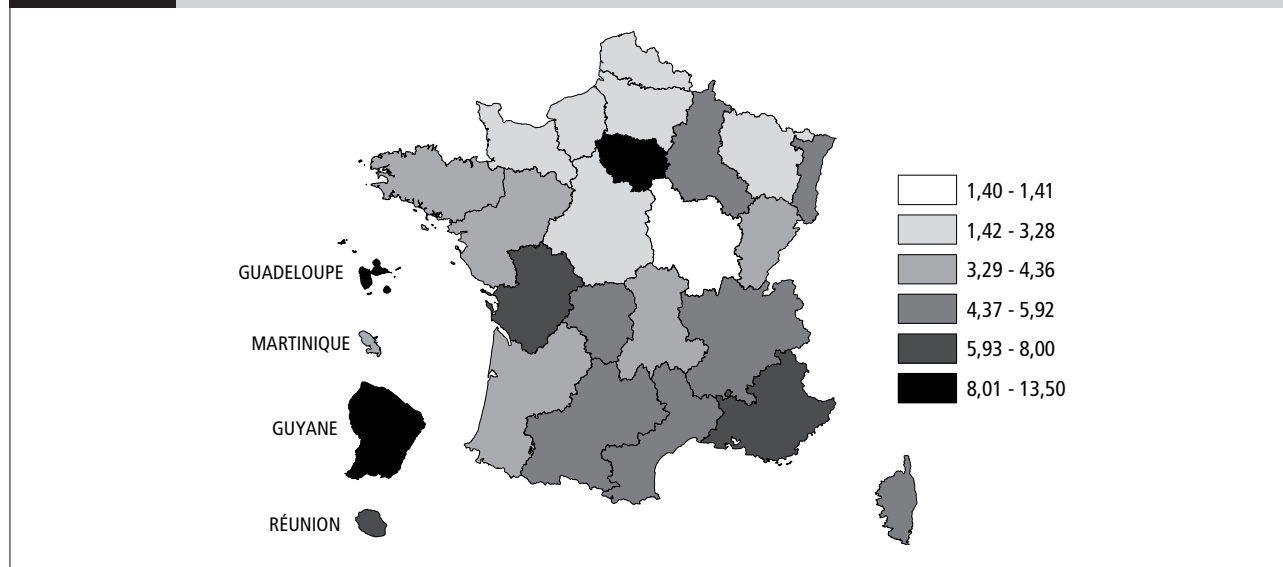
régions relativement au volume de sérologies réalisées. Cette proportion a été en moyenne de 4,7 ‰ entre 1996 et 2005 avec un minimum de 3,8 ‰ (en 1998 et 2005) et un maximum de 5,2 ‰ (en 1996, 1997 et 2001) (figure 2).

2.2.2.4 Des différences régionales

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

FIGURE 3

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

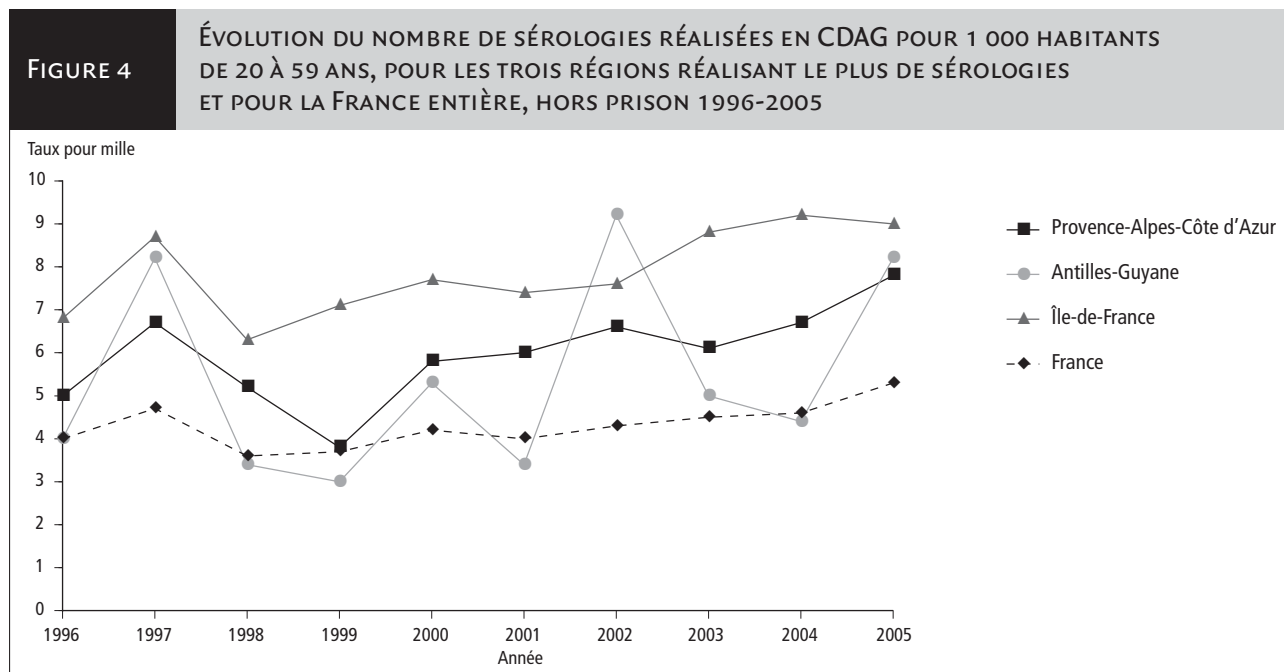


En effet, en 2005, le nombre de sérologies VIH réalisées en CDAG rapporté à la population des 20-59 ans peut varier d'un facteur 10 d'une région à l'autre (figure 3). Les régions du Nord de la France, depuis la Basse-Normandie jusqu'au Nord-Pas-de-Calais, le Centre, la Bourgogne et la Lorraine réalisent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

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

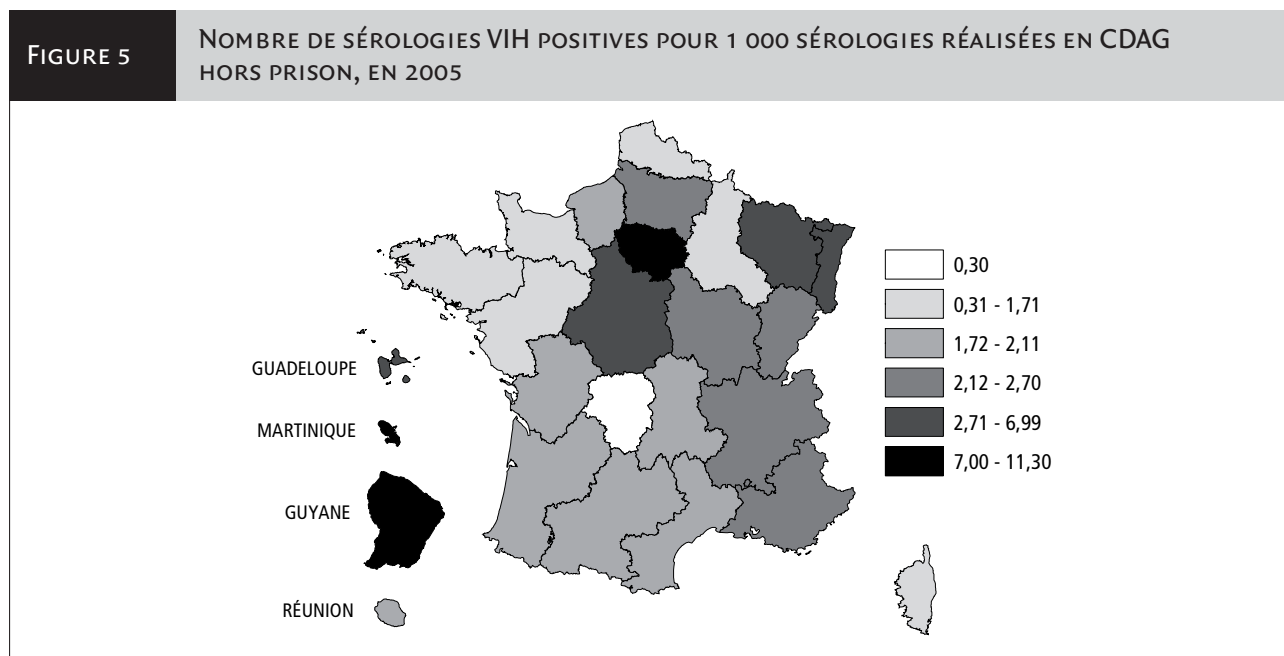
Ces disparités régionales sont restées relativement constantes entre 1996 et 2005. Ce sont en IDF, en Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA)

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



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

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

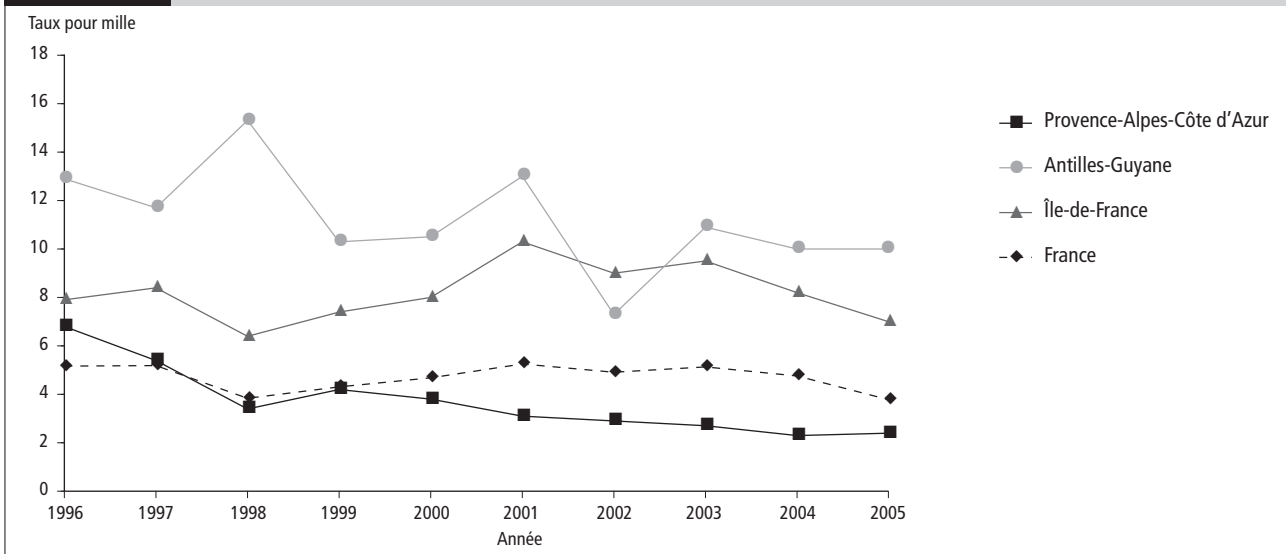


Ces disparités régionales sont restées relativement constantes entre 1996 et 2005 situant l'IDF et les DFA comme les régions les plus touchées durant toute la période. La région PACA, qui présentait de

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

FIGURE 6

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



2.2.2.5 Consultants par âge et sexe

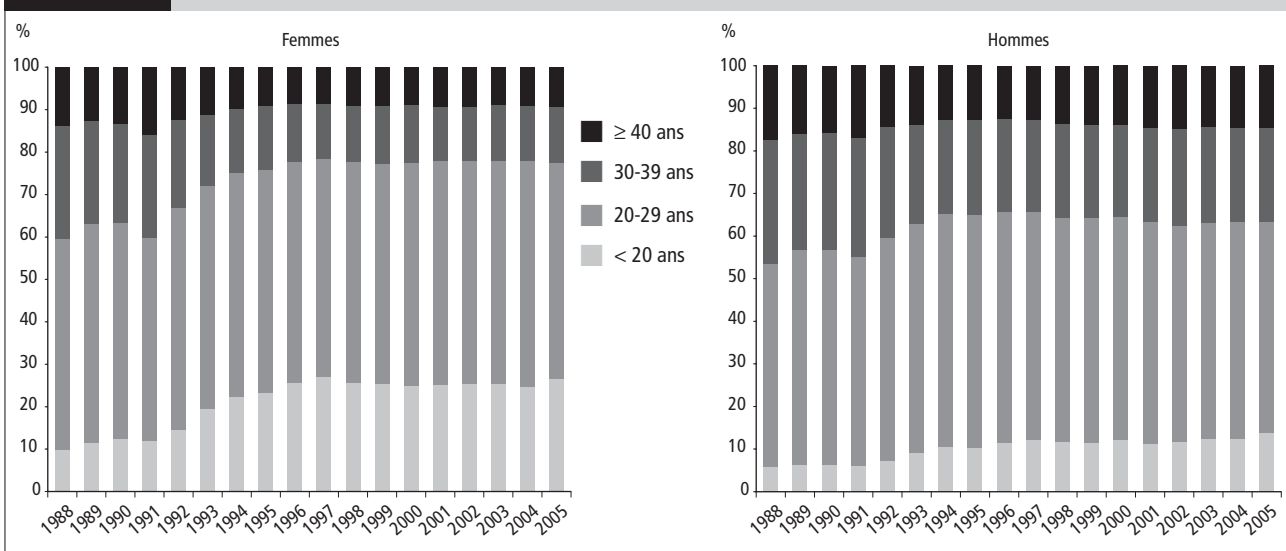
En termes de fréquentation, la classe d'âge prépondérante parmi les consultants des CDAG est celle des 20-29 ans. Pour les femmes comme pour les hommes, ils représentent la moitié des consultants de manière constante de 1988 à 2005 (figure 7). La répartition en âge des consultants testés pour le VIH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

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

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

FIGURE 7

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

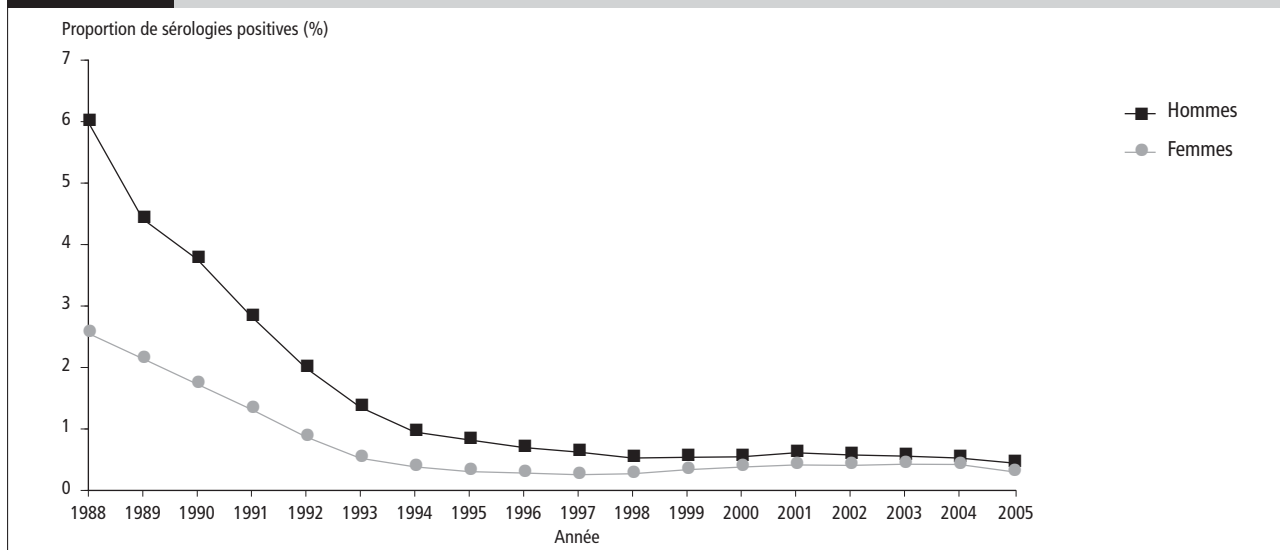


En termes de tests VIH positifs, les hommes ont toujours eu une proportion de tests positifs supérieure à celle des femmes, mais la différence s'est considérablement réduite au cours des années (figure 8). Cette proportion a connu une augmentation de 1996 à 2004 chez les femmes, même si le résultat pour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

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

FIGURE 8

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

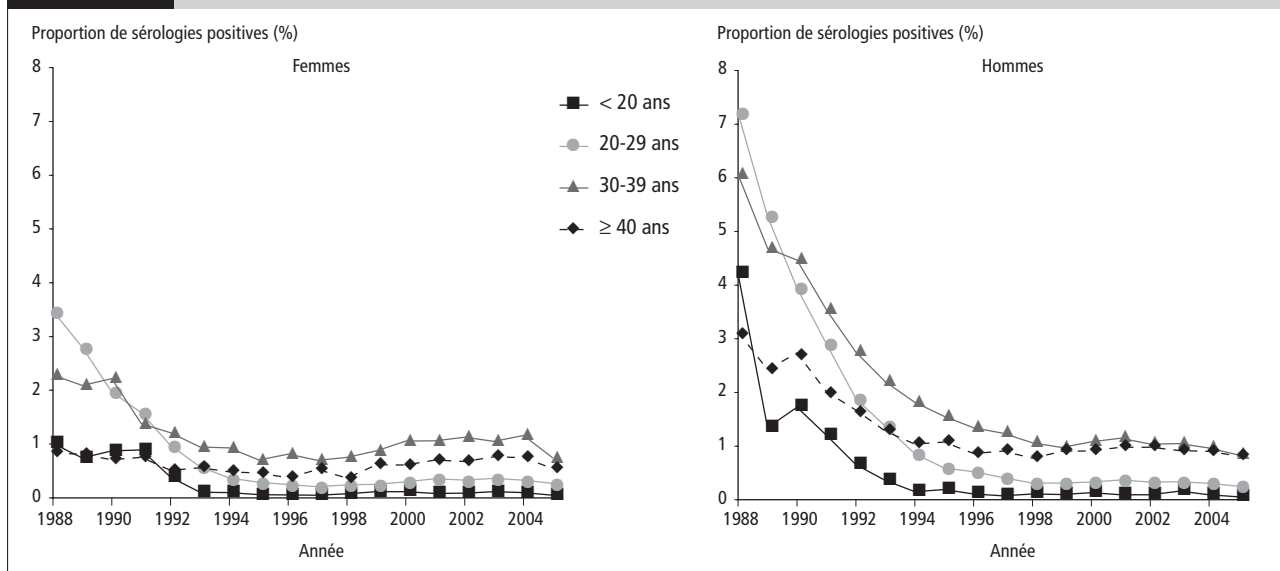


Les personnes de 30 à 39 ans présentent la plus forte proportion de sérologies positives ces dix dernières années. Mais la différence avec les plus de 40 ans s'estompe et le nombre de positifs ayant moins de 20 ans est en diminution depuis 1996, ce qui indique un vieillissement de la population séropositive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

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

FIGURE 9

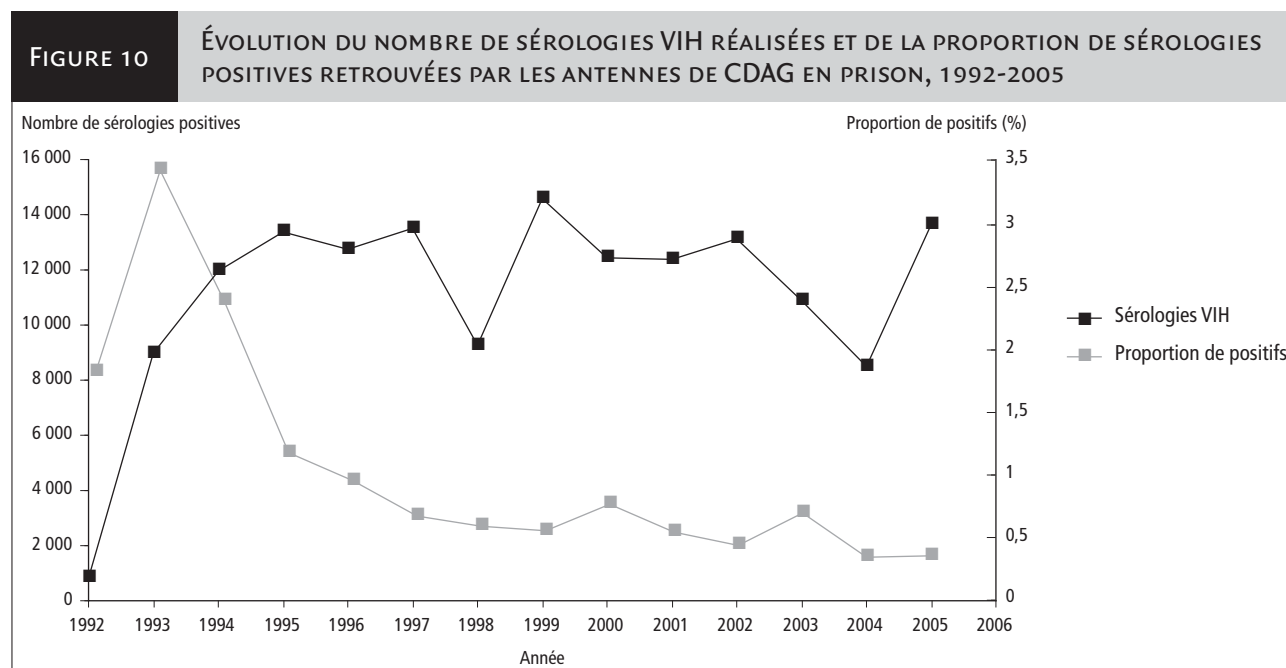
PROPORTION DE SÉROLOGIES POSITIVES EN CDAG SELON LE SEXE PAR CLASSES D'ÂGE, HORS PRISON 1988-2005



2.2.2.6 Antennes de CDAG en prison

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

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



2.2.2.7 La part des CDAG dans le dispositif de dépistage

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABLEAU 1

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

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

2.2.4 DISCUSSION

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

■ RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Bouvet E, Le Vu S. Les CDAG et la prise en charge de l'infection par le VIH. *Med Sci (Paris)* 2004;20(12):1145-8.
- [2] Brouard C. Consultations de dépistage anonyme et gratuit du VIH. Enquête épidémiologique nationale, octobre 2000. Mémoire de DESS de statistiques et méthodologie en recherche biomédicale, Université Paris XI. Institut de veille sanitaire, 2001.
- [3] Le Vu S, Semaille C. Dépistage anonyme et gratuit du VIH. Profil des consultants de CDAG en 2004 - Enquête épidémiologique transversale. Institut de veille sanitaire, 2006.
- [4] Le Vu S, Lot F, Semaille C. Les migrants africains au sein du dépistage anonyme du VIH, 2004. *Bull Epidemiol Hebd* 2005;46-47:233-5.
- [5] Vernazza-Licht N, Boiron F. Les Centres de dépistage anonyme et gratuit, bout de chaîne et premier maillon dans le dispositif de prévention et de lutte contre le sida. Le dépistage du VIH. Politiques et pratiques. Agence nationale de recherches sur le sida, 1996. p. 87-98.

2.3 - Prise en charge tardive du VIH

Rédigé par Caroline Semaille-Safar (c.semaille@invs.sante.fr)

Les points clés

- **Les facteurs liés à un retard au dépistage du VIH sont l'âge supérieur à 40 ans, la nationalité étrangère (notamment d'Afrique subsaharienne) et le mode de contamination par rapports hétérosexuels.**
- **Chez les migrants d'Afrique subsaharienne, le dépistage se fait souvent dans l'année qui suit leur arrivée en France.**
- **Les données de surveillance du VIH montrent une amélioration récente du dépistage du VIH dans la population d'Afrique subsaharienne.**
- **Les usagers de drogues ne présentent pas de retard au dépistage.**

2.3.1 INTRODUCTION

Dans un pays comme la France, où les puissantes multithérapies sont disponibles, des personnes accèdent au dépistage ou aux soins à un stade trop avancé de la maladie. Cet accès tardif a un impact sur le pronostic puisqu'il entraîne un risque de surmortalité (source : base française des données hospitalières sur l'infection à VIH) [1]. C'est pourquoi, les recommandations françaises encouragent l'accès aux soins et au dépistage le plus précoce possible.

Dans ce chapitre, nous allons décrire le profil des personnes qui présentent un retard au dépistage en France à partir de l'analyse des notifications obligatoires de sida et du VIH et de l'enquête "Retard" (Recours tardif aux soins) réalisée en 2003-2004¹ [2]. L'objectif était au départ d'étudier le retard aux soins, mais l'analyse des cas de sida ne permet pas d'étudier le retard aux soins de manière isolée car, dans la quasi-totalité des cas, c'est le retard au dépistage qui entraîne le retard au diagnostic et, par conséquent, aux soins.

La définition de "retard au dépistage" n'est pas strictement superposable dans l'enquête "Retard" et lors de l'analyse des données de la notification obligatoire du sida (cf. méthodologie).

2.3.2 RÉSULTATS

2.3.2.1 Identification des facteurs associés à un retard au dépistage à partir de l'analyse des cas de sida (1997-2005)

L'analyse des facteurs de risque a été réalisée sur 14 078 sujets ayant développé un sida entre 1997 et 2005 (522 sujets ont été exclus car aucune information n'était disponible sur la date de première sérologie ou sur la prise éventuelle de traitement). Sur cette période, presque la moitié des sujets présentait un retard au dépistage (47 % des cas de sida, soit 6 672 sujets).

Le retard au dépistage est observé plus fréquemment chez les hommes, les personnes africaines et ce retard augmente avec l'âge (tableau 1). La proportion de sujets présentant un retard au dépistage s'est modifiée au cours du temps, avec une proportion élevée de retards en 2001 et 2002 (51 %). Chez les Africains, c'est dans les années 2000-2001 que la plus forte proportion de retards est observée, alors qu'elle est plus faible dans les années récentes (2004-2005). Les personnes ayant un retard au dépistage se caractérisent par un stade plus immunodéprimé que les autres (89 CD4/mm³ vs 150 CD4/mm³). Le retard au dépistage est plus fréquent chez les ouvriers (56 %) et les "autres professions" (50 %) (cadres, professions libérales, artisans) que les "sans profession" (retraités, étudiants...) (43 %) ou les employés (45 %).

Dans un modèle de régression logistique qui permet d'étudier les facteurs associés à un retard au dépistage, on observe que les personnes (hommes et femmes) de nationalité d'Afrique subsaharienne ont plus de risque d'être dépistées tardivement que les femmes françaises (odds

¹ La supervision scientifique de l'enquête "Retard" a été assurée par Marcel Calvez (Université Rennes II) en collaboration avec Anne Laporte (Observatoire du Samu social), François Fierro (PRISM) et Caroline Semaille (InVS), avec le soutien financier de l'ANRS.

ratio ajusté respectivement [ORa]=4,15, ORa=3,05) (tableau 1). Les personnes contaminées par rapports homosexuels (ORa=3,15) ou par rapports hétérosexuels (ORa=5,29) ont également plus de risque d'être dépistées tardivement pour le VIH que les usagers de drogues. Les personnes les plus jeunes (15-29 ans) ainsi que les plus âgées (plus

de 40 ans) sont plus souvent dépistées tardivement que les personnes âgées de 30 à 39 ans (respectivement ORa=1,15 et ORa=1,36). En revanche, dans le cadre de cette analyse, l'année à laquelle a été diagnostiqué le sida ne semble pas avoir un impact sur le retard au dépistage.

TABLEAU 1	FACTEURS ASSOCIÉS AU RETARD AU DÉPISTAGE (DÉPISTAGE DANS LES TROIS MOIS QUI ONT PRÉCÉDÉ LE DIAGNOSTIC DE SIDA), RÉSULTATS DE L'ANALYSE MULTIVARIÉE RÉALISÉE SUR 14 078 CAS DE SIDA (1 ^{ER} JANVIER 1997-31 DÉCEMBRE 2005)								
		Nombre total	Proportion de retard au dépistage	Analyse univariée			Analyse multivariée ^a		
				OR	[IC95 %]	P ^a	ORa	[IC95 %]	P ^b
Mode de contamination									
Usages de drogues	2 076	17 %	1		< 10 ⁻⁴	1		< 10 ⁻⁴	
Homosexuels	3 933	43 %	3,63	[3,20-4,14]		3,15	[2,75-3,61]		
Hétérosexuels	6 407	56 %	6,22	[5,50-7,05]		5,29	[4,62-6,05]		
Autres/inconnu	1 662	61 %	7,50	[6,45-8,71]		6,21	[5,31-7,27]		
Nationalité									
Femmes françaises	2 013	31 %	1		< 10 ⁻⁴	1		< 10 ⁻⁴	
Hommes français	7 698	44 %	1,72	[1,55-1,91]		2,21	[1,96-2,50]		
Hommes africains	1 331	68 %	4,70	[4,05-5,45]		4,15	[3,55-4,86]		
Femmes africaines	1 225	60 %	3,31	[2,85-3,83]		3,05	[2,60-3,57]		
Autres étrangers/inconnus	1 811	55 %	2,61	[2,29-2,98]		2,84	[2,46-3,27]		
Âge au moment du diagnostic									
30-39 ans	5 670	41 %	1		< 10 ⁻⁴	1		< 10 ⁻⁴	
15-29 ans	1 479	50 %	1,43	[1,28-1,61]		1,15	[1,02-1,31]		
≥40 ans	6 929	52 %	1,57	[1,46-1,69]		1,36	[1,26-1,47]		
Nombre de lymphocytes CD4/mm ³ au moment du diagnostic									
>350	1 094	23 %	1		< 10 ⁻⁴	1		< 10 ⁻⁴	
<200	10 933	52 %	3,63	[3,14-4,20]		3,67	[3,16-4,27]		
200 à 350	1 486	33 %	1,60	[1,34-1,91]		1,56	[1,29-1,87]		
inconnu	565	34 %	1,70	[1,36-2,13]		1,49	[1,18-1,88]		
Année de diagnostic									
1997	2 171	43 %	1		< 10 ⁻⁴	1		0,004	
1998	1 864	46 %	1,12	[0,99-1,27]		1,10	[0,96-1,26]		
1999	1 767	48 %	1,21	[1,06-1,37]		1,13	[0,99-1,30]		
2000	1 665	47 %	1,19	[1,05-1,36]		1,03	[0,90-1,18]		
2001	1 605	51 %	1,36	[1,19-1,54]		1,15	[1,00-1,33]		
2002	1 567	51 %	1,39	[1,22-1,58]		1,12	[0,97-1,29]		
2003	1 404	48 %	1,24	[1,09-1,42]		0,99	[0,86-1,15]		
2004	1 254	46 %	1,12	[0,97-1,29]		0,86	[0,74-1,00]		
2005	781	49 %	1,26	[1,07-1,49]		0,93	[0,78-1,11]		

^a Test de Hosmer Lemeshow, test du K_{hi}-2 = 15 (p=0,06).

^b Test de Wald.

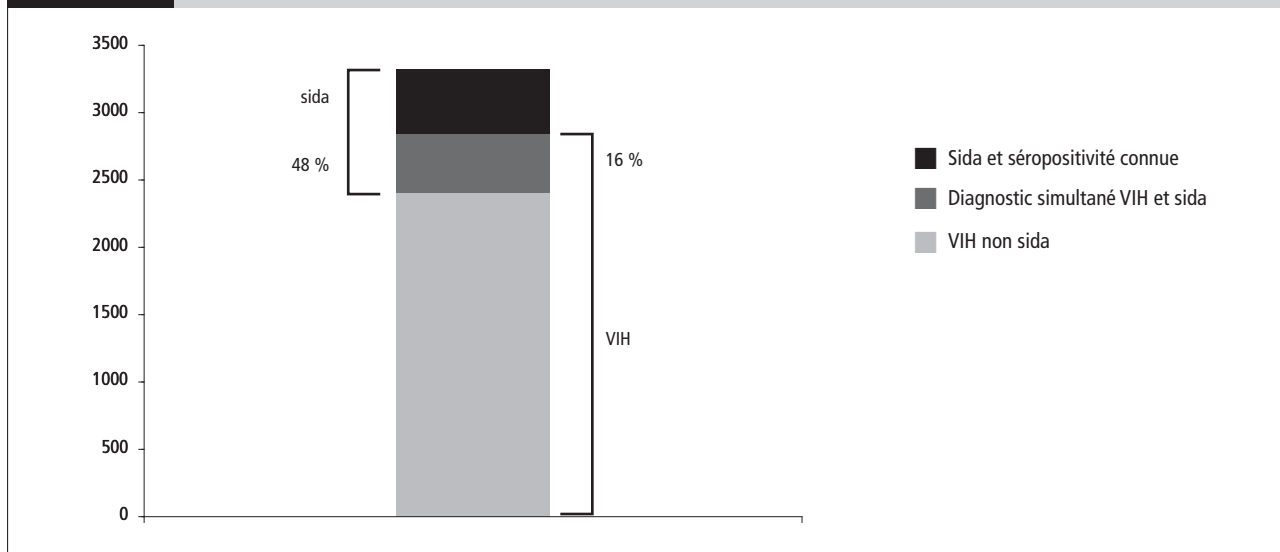
2.3.2.2 Le retard au dépistage à partir des données de la notification du VIH et du sida en 2005 : intérêt de confronter les deux notifications

Le retard peut également être abordé en confrontant les données de notification du VIH et du sida, en considérant les dépistages du VIH les plus tardifs (diagnostics simultanés d'infection VIH et de sida).

Deux indicateurs peuvent être construits, selon que l'on rapporte ces dépistages tardifs au nombre de diagnostics de sida ou au nombre de diagnostics de séropositivité (cf. méthodologie). Ces deux indicateurs ont bien sûr des valeurs différentes et, s'ils sont pris isolément, peuvent faire aboutir à des conclusions différentes, voire opposées. Il faut donc les confronter.

FIGURE 1

ENSEMBLE DES DÉCOUVERTES DE SÉROPOSITIVITÉ VIH ET DES DIAGNOSTICS DE SIDA EN 2005

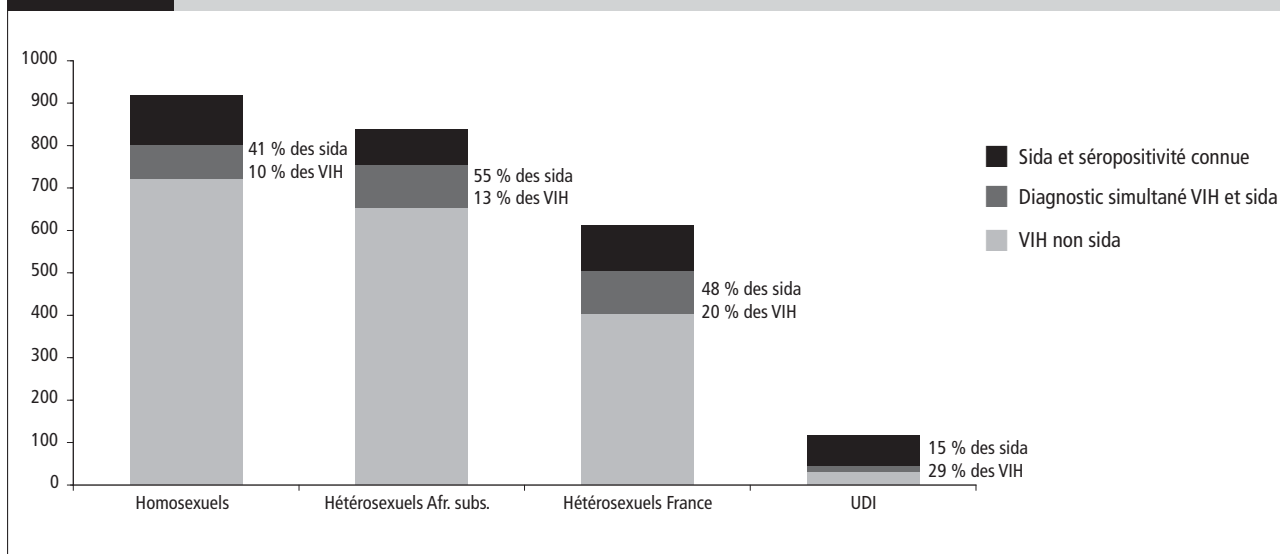


Sur la figure 1, sont représentés l'ensemble des cas de sida diagnostiqués en 2005 et des découvertes de séropositivité en 2005. Les dépistages

tardifs représentent 48 % du nombre de cas de sida et 16 % du nombre de découvertes de séropositivité.

FIGURE 2

ENSEMBLE DES DÉCOUVERTES DE SÉROPOSITIVITÉ VIH ET DES DIAGNOSTICS DE SIDA EN 2005 SELON LE MODE DE CONTAMINATION



Parmi la population susceptible de développer un sida actuellement, le dépistage tardif est plus fréquent chez les hétérosexuels d'Afrique subsaharienne (55 % des cas de sida) que dans les autres catégories (figure 2). En revanche, parmi la population dépistée actuellement pour le VIH, 13 % des hétérosexuels d'Afrique subsaharienne sont dépistés tardivement, ce qui est à peine plus que les homosexuels (10 %) et moins que les hétérosexuels français (20 %) et les usagers de drogues injectables (UDI) (29 %). Ce paradoxe peut s'expliquer par une amélioration récente du dépistage chez les personnes d'Afrique subsaharienne, dans un contexte de poursuite de diffusion du VIH, d'où un grand nombre de découvertes de séropositivité. Cette amélioration ne toucherait pas les personnes les plus anciennement contaminées, celles susceptibles de développer un sida actuellement, chez lesquelles il persiste un retard au dépistage.

En revanche, le dépistage tardif est rare chez les personnes contaminées par injection de drogues qui développent un sida actuellement (15 %), mais il représente une part importante de celles qui découvrent actuellement leur séropositivité (29 %) (figure 2). En effet, les personnes contaminées depuis longtemps sont en quasi-totalité déjà dépistées. Les rares personnes qui ne l'ont pas été représentent une part importante des découvertes de séropositivité, car le nombre de découvertes de séropositivité est devenu très faible chez les UDI (en lien avec une transmission du virus qui est devenue très faible dans cette population). On ne peut pas parler de retard au dépistage chez les UDI.

Les personnes françaises contaminées par rapports hétérosexuels sont plus concernées par le dépistage tardif que les hommes contaminés par rapports homosexuels et cela concerne aussi bien la population qui développe un sida actuellement (48 % vs 41 %) que celle qui découvre sa séropositivité (20 % vs 10 %).

2.3.2.4 Enquête "Retard" : le recours tardif aux soins des personnes séropositives pour le VIH : modalités d'accès et contexte socioculturel

L'étude a été menée auprès de 267 personnes séropositives qui présentaient un taux de CD4 inférieur à 350 au moment de leur première prise en charge et qui ont été recrutées auprès de six hôpitaux en Île-de-France (IDF) et un à Toulouse. La population étudiée se caractérise par un nombre élevé d'hommes (57 %) et par la place importante des personnes nées à l'étranger (64 %), principalement en Afrique subsaharienne (140 sujets). La moyenne d'âge de la population d'étude était de 39 ans (35 ans chez les femmes et 43 chez les hommes). Le mode de contamination était identifié à partir de l'information donnée par le patient et non à partir du dossier clinique. En effet, dans cette étude, les chercheurs ont pris le parti d'aborder l'accès aux soins du point de vue du patient et non du point de vue des institutions qui prennent en charge les soins. Par conséquent, dans près d'un tiers des cas, le mode de contamination est déclaré "inconnu" et dans 15 % des cas, par voie sanguine (transfusions ou mise en cause de l'hôpital), distribution qui est assez différente de ce que l'on observe habituellement dans les études lorsque le dossier clinique est utilisé. Chez les personnes africaines, dans près de la moitié des cas (46 %), le mode de contamination était inconnu et lié à des relations hétérosexuelles dans 39 % des cas seulement.

La majorité des sujets ont découvert leur séropositivité suite à des symptômes ou à une maladie (56 %) ou dans le cadre d'un examen de santé (17 %). Il s'agit le plus souvent d'un dépistage réalisé à l'hôpital (52 %), ce lieu de dépistage étant plus fréquent chez les Africains (62 %). Les examens sont réalisés principalement à la suite d'une demande d'un médecin (49 %) et plus rarement à l'initiative de l'intéressé (19 %) ou de l'entourage (11 %).

La majorité des personnes originaires d'Afrique subsaharienne ont connaissance de leur statut après leur arrivée en France : 57 % l'ont appris dans l'année de leur arrivée et 25 % après l'année d'arrivée. Elles informent peu leur entourage de leur séropositivité, le silence sur la séropositivité concernant plus les personnes africaines que les Français (53 % vs 25 %). Les perceptions des risques de transmission sont également assez contrastées en fonction des populations : les fausses croyances sur la transmission du VIH sont cinq fois plus fréquentes chez les Africains (exemple : donner son sang, se faire piquer par un moustique) que chez les personnes nées en France (résultat de l'analyse univariée) [3].

L'étude a montré que l'accès tardif aux soins était, en réalité, un accès tardif au dépistage. Cet accès tardif est diversifié et deux profils peuvent être dégagés. Le premier concerne des hommes contaminés par relations homosexuelles nés en France et intégrés dans des réseaux sociaux et professionnels, le second des femmes nées en Afrique subsaharienne vivant dans des situations de précarité économique et sociale.

Selon l'enquête "Retard", les personnes contaminées par rapports homosexuels ont une meilleure connaissance des risques, s'appuient sur des réseaux ouverts et diversifiés et bénéficient d'une bonne

insertion socioprofessionnelle et de ressources économiques conséquentes. Cependant, ces indicateurs d'intégration ne vont pas de pair avec des conduites de santé pertinentes vis-à-vis du sida chez les personnes incluses dans cette étude, puisqu'il y a un retard au dépistage et aux soins.

Concernant les femmes nées en Afrique subsaharienne (115 femmes), l'enquête met en évidence une pauvreté de leurs réseaux relationnels et un cumul d'indicateurs de précarité économique. La majorité de ces femmes ne vivent pas dans leur propre logement (61 %) et sont hébergées par un tiers. La grande majorité (75 %) ont un niveau d'étude faible (inférieur au baccalauréat) et sont sans activité professionnelle avec des revenus mensuels inférieurs à 1 000 euros. Elles sont récemment arrivées en France et déclarent souvent ne pas savoir comment elles ont été contaminées (près de la moitié). Ces femmes s'appuient sur des réseaux relationnels fermés, hérités (le plus souvent familiaux). Elles ne peuvent pas compter sur des personnes qui, de façon extérieure, seraient classées comme des proches, pour évaluer les situations d'exposition ou recourir au dépistage. En effet, l'enquête met en évidence une mauvaise évaluation des risques et l'absence de communication autour de sa séropositivité qui renforcent l'isolement de ces personnes.

2.3.3 DISCUSSION

Le retard au dépistage étudié à partir de l'analyse des cas de sida entre 1997 et 2005 et des notifications du VIH/sida en 2005 est un retard extrême, alors que celui de l'enquête "Retard" est basé sur un seuil de CD4 à 350, seuil à partir duquel se discute le début d'un traitement antirétroviral. Cependant, ces différentes sources de données se complètent et permettent de formuler des hypothèses.

Concernant les personnes africaines, le dépistage est réalisé le plus souvent à l'hôpital, devant l'existence de signes cliniques chez les hommes ou une grossesse chez les femmes. Par conséquent, les hommes africains ont quatre fois plus de risque que les femmes françaises de présenter un retard au moment du sida et les femmes africaines trois fois plus que les Françaises. Contrairement à la notification obligatoire du sida où l'information sur la date d'arrivée en France n'est pas disponible, l'enquête "Retard" a permis d'analyser cette donnée : la majorité des personnes ont été dépistées dans l'année qui a suivi leur arrivée en France. La proportion peu élevée (13 %) des dépistages tardifs des Africains en 2005 parmi les découvertes de séropositivités suggère une amélioration du dépistage dans ces populations. L'enquête "Retard" a permis de mieux appréhender la population de ces femmes africaines qui cumulent des indicateurs de précarité et s'appuient exclusivement sur des réseaux familiaux avec lesquels elles ne peuvent partager le poids de la séropositivité. L'hypothèse formulée à partir de l'enquête est qu'elles se trouvent dans une situation où elles perçoivent des risques généralisés qui ne les conduisent pas à engager une démarche de dépistage par elles-mêmes.

Les UDI ne présentent globalement pas de retard au dépistage, l'analyse des cas de sida montre qu'ils présentent le plus faible risque d'être dépistés tardivement et seuls trois UDI ont pu être inclus dans l'enquête "Retard". En effet, les personnes contaminées depuis longtemps sont en quasi-totalité déjà dépistées. Les rares personnes qui ne l'ont pas été représentent une part importante des découvertes de séropositivité car le nombre de découvertes de séropositivité est devenu très faible chez les UDI.

Dans l'enquête "Retard", les femmes françaises ne représentent qu'une très faible proportion des sujets (10 femmes), ce résultat n'est pas surprenant puisqu'elles présentent le plus faible risque de retard au dépistage au regard de l'analyse des cas de sida au moment du diagnostic.

L'enquête "Retard" a mis également en évidence une population particulière de personnes contaminées par rapports homosexuels qui ont les ressources sociales et culturelles pour entreprendre la démarche de dépistage et ne le font pas. Par ailleurs, le risque des homosexuels de présenter un retard au dépistage au moment du sida est trois fois supérieur à celui des UDI. L'hypothèse proposée par les sociologues de l'enquête est que le statut accordé à la séropositivité modifie la

perception des risques et l'accès au dépistage. La séropositivité serait appréhendée comme un premier état "non pathologique" et le test de dépistage serait banalisé : la découverte de la séropositivité ne serait pas vécue comme un moment pivot conduisant au statut de malade. La démarche de dépistage n'est entreprise que lorsque les signes pathologiques apparaissent.

Nous remercions Marcel Calvez, qui a été le responsable scientifique de l'enquête "Retard", ainsi qu'Anne Laporte et Francis Pierro, qui ont fait partie de l'équipe de recherche de cette enquête.

MÉTHODOLOGIE

• Identification des facteurs associés à un retard au dépistage à partir de l'analyse des cas de sida

Les données sur les cas de sida diagnostiqués entre le 1^{er} janvier 1997 et le 31 décembre 2005, déclarés à l'InVS, ont été analysées afin : (i) de décrire les sujets ayant eu un "retard au dépistage", (ii) d'identifier les facteurs associés à ce retard.

Dans le cadre de cette analyse, nous avons donc défini le "retard au dépistage" comme un recours au dépistage dans les 3 mois qui ont précédé la découverte du sida (soit un délai entre la première sérologie positive et la date de diagnostic de sida inférieur à 3 mois).

Les variables analysées sont les données recueillies par la déclaration obligatoire des cas de sida à savoir : des informations sociodémographiques (sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle, nationalité), des données cliniques (pathologie inaugurale de sida) ou biologiques (nombre des CD4 au moment du diagnostic de sida), l'histoire de l'infection (date de la première sérologie VIH positive, mode de contamination) et la notion de traitement antirétroviral (ARV), ainsi que la durée du traitement dans les deux années qui précèdent la découverte du sida (quel que soit le traitement ARV reçu pendant cette période). Les sujets pour lesquels la date de la sérologie VIH et la prise ou non d'un traitement antirétroviral avant le diagnostic de sida sont inconnus ont été exclus de l'analyse.

Les proportions ont été comparées par le test de Khi-2. Les tendances ont été analysées avec le Khi-2 de tendance. Les variables associées en univariée avec le retard au dépistage (test de Wald avec un seuil à 5 %) ont été introduites dans un modèle de régression logistique. La procédure pas à pas descendante a été utilisée. Pour prendre en compte des interactions, des variables ont été combinées (comme les variables sexe et nationalité). L'adéquation du modèle final a été évalué par le test de Hosmer-Lemeshow. Le seuil de significativité est de 5 %. Toutes les analyses ont été réalisées sur le logiciel SAS®.

• Le retard au dépistage à partir des données de la notification du VIH et du sida

L'indicateur calculé par rapport aux cas de sida s'applique par définition à une population susceptible de présenter des pathologies indicatrices de sida, par conséquent contaminée depuis plusieurs années.

L'indicateur calculé par rapport aux découvertes de séropositivité s'applique à une population dont les dates de contamination sont beaucoup plus variées, pouvant être très anciennes mais aussi très récentes.

• Enquête "Retard": le recours tardif aux soins des personnes séropositives pour le VIH

L'enquête s'est déroulée dans six services de maladies infectieuses de l'IDF et un service de Midi-Pyrénées. Les services ont été choisis sur la base du volontariat, sans souci de représentativité.

Les personnes enquêtées ont été recrutées entre novembre 2003 et août 2004 selon les critères suivants : (i) un taux de CD4 inférieur à 350/mm³ au moment de la première prise en charge, (ii) une première prise en charge hospitalière entre le 1^{er} octobre 1997 et le 1^{er} octobre 2003 et (iii) un consentement pour répondre à un questionnaire anonyme.

Les médecins des services hospitaliers ont proposé l'enquête à tous les patients de leur file active qui correspondaient aux critères d'inclusion et qu'ils estimaient aptes à répondre. Ainsi, lorsque la personne ne s'exprimait pas suffisamment correctement en français, elle n'était pas incluse dans l'enquête. Compte tenu de ce mode de recrutement, l'enquête "Retard" ne peut pas être considérée comme représentative des séropositifs ayant un retard aux soins ou au dépistage. Les résultats de l'enquête ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble de cette population. Les enquêteurs ont fait passer le questionnaire sans connaître le dossier clinique de la personne enquêtée. La passation du questionnaire par l'enquêteur durait 40 minutes environ et comprenait près de 300 questions.

Le questionnaire permet en particulier d'appréhender l'accès aux soins dans le contexte de vie de la personne enquêtée à savoir : les différentes situations sociales (migration, mobilité professionnelle, résidentielle, les relations de l'enquêté avec le monde médical et son univers relationnel). Les données recueillies dans le cadre du questionnaire ont été analysées avec le logiciel SAS®. L'analyse statistique a compris une analyse descriptive (comparaison de moyennes et de pourcentages) et des régressions logistiques multiples.

■ RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Yeni P. Épidémiologie de l'infection par le VIH. In: ministère de la Santé et des Solidarités, editor. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH - Rapport 2006. Paris, 2006.
- [2] Calvez M, Fierro F, Laporte A, Semaille C. Rapport sous la responsabilité scientifique de M. Calvez (Université Rennes 2). Le recours tardif aux soins des personnes séropositives pour le VIH : modalités d'accès et contextes socioculturels. Institut de veille sanitaire, 2006.
- [3] Calvez M, Semaille C, Fierro F, Laporte A. Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne en accès tardif aux soins pour le VIH : données de l'enquête "Retard", France, novembre 2003-août 2004. Bull Epidemiol Hebd 2006;31:227-9.