

MIGRANTS contre le VIH/SIDA

Migrants contre le VIH/SIDA

Egalité des droits face à la maladie

70 rue de la Fraternité

93 170 Bagnolet

Tél. : 06 80 87 48 60

Fax : 01 40 18 18 61

E-mail : MAHA@espaceweb.ch

Internet : <http://www.aegis.com/maha/>

Emission de radio tous les mardis de 17 heures à 18 heures sur FPP 106,3 FM.

DÉCLARATION À L'OCCASION DE LA JOURNÉE « SIDA ET IMMIGRATION: LA RECHERCHE EN QUESTION »

Pourquoi nous refusons la parodie de l'ANRS

Migrants contre le sida refuse de participer à la parodie organisée aujourd'hui par l'ANRS. Les premiers concernés, les malades issus de l'immigration, sont exclus des débats. Certains des intervenants ont perpétué, pendant des années, le silence et le déni alors que l'épidémie frappait déjà de plein fouet les immigrés. Enfin, cette rencontre ne pose ni la responsabilité des pouvoirs publics, ni la complicité des associations institutionnelles dans la gestion de l'épidémie.

Anne Laporte : votre santé publique nuit à notre santé

La conclusion du rapport d'Anne Laporte (InVS) sur la situation du sida au sein de la population étrangère (InVS, 1999) adopte une position ouvertement raciste sur les causes de l'épidémie. Pour l'Institut, chez les Africains noirs, le sida peut être « *une pathologie d'importation, dans la mesure où l'étranger vient en France déjà porteur du VIH* ». Pour les Maghrébins, il s'agirait d'un problème d'intégration dont ils seraient eux-mêmes responsables, du « *fait d'une opposition entre la culture parentale transmise et la perte des valeurs traditionnelles liée à l'immigration* ». Nous appelons tous ceux engagés sur le front du sida aujourd'hui à refuser ces propos ouvertement racistes, réducteurs, et ridicules.

Si les immigrés sont frappés hors proportion par le virus, c'est la conséquence des choix politiques en matière d'immigration et de santé publique: depuis 30 ans, les immigrés et leurs enfants sont parqués dans le ghetto, des bidonvilles au HLM. Ils sont la cible des expulsions, de la répression policière, de la discrimination administrative d'État faite entre « bons » et « mauvais » immigrés...

De AIDES à Act Up: refusez de gérer la misère des malades

En 1999, Christian Saout, président d'AIDES Fédération, se déclarait rassuré sur l'utilité de son association tentaculaire: « *Aides est vitale. La précarité et la vulnérabilité sociale s'expriment de plus en plus fortement...* » (Libération, 25.10.1999). Éric Dagher d'Act Up Paris revendique sa gestion de « *27 dossiers brûlants concernant Étrangers* » (sic). Dominique Gillot, Secrétaire d'État à la Santé, encourage les associations classiques à « per-

mettre le transfert des savoir-faire acquis contre l'épidémie vers d'autres domaines... soutenu par des crédits... contre l'exclusion et non plus seulement par des crédits SIDA ».

Message reçu: la misère croissante des malades est le dernier marché juteux pour les associations classiques, il y aura des « dossiers brûlants » pour tout le monde.

Il faut dénoncer les vrais responsables: les décideurs économiques qui organisent la pauvreté, les politiques qui se dédouanent de leur responsabilité de garantir l'accès aux soins et l'égalité des droits face à la maladie.

Migrants contre le sida appelle ces associations à refuser toute collaboration à cette gestion de la misère, toute « solution » qui consiste à faire une exception ou à réserver certains « privilèges » aux séropositifs: des consultations précarité aux autorisations de séjour « pour soins », ainsi se creusent les inégalités entre les malades.

L'hôpital doit soigner tout le monde, seul l'arrêt de toutes les expulsions mettra fin aux expulsions de malades.

Vingt ans d'attente: nous avons perdu notre patience

Nous avons attendu vingt ans pour que les institutions reconnaissent timidement que, oui, les immigrés payent un lourd tribut à l'épidémie. Quand ce ne sont pas des conclusions ouvertement racistes, c'est (comme avec le rapport Delfraissy) pour se limiter à ce constat, sans oser formuler la moindre proposition. Des rares études faites, la plupart sont bien loin de répondre aux questions qui comptent pour les séropositifs immigrés, d'autres ont été enterrées par leurs financeurs. Les « équipes de recherche » ont un choix à faire: vont-elles s'intéresser aux conditions de vie des malades issus de l'immigration pour renforcer les thèses ouvertement racistes de la santé publique officielle, ou parce qu'aujourd'hui il y aurait des budgets à gratter?

Aujourd'hui, certains s'étonnent de notre colère, s'émeuvent de notre prétendue agressivité. C'est vrai, nous avons perdu notre patience: pendant que les chercheurs s'interrogent et les associations classiques grattent des budgets, la plupart des malades qui meurent encore du sida sont des immigrés. Il faut rappeler que l'inégalité face à la maladie, c'est la mort.

Rejoignez-nous: rencontre mardi 10 octobre 2000 à 18h.

129, av. du Président Wilson · 93120 St-Denis · M° Pte de la Chapelle ou RER B Stade de France.

Les limites de l'épidémiologie officielle

Situation du Sida dans la population étrangère domiciliée en France. Alexia SAVIGNONI, Florence LOT, Josiane PILLONEL, Anne LAPORTE. Institut de veille sanitaire, avril 1999.

L'objectif du rapport de l'Institut de veille sanitaire est de « décrire les éventuelles spécificités existant chez les sujets de nationalité étrangère atteints du Sida, et plus particulièrement celles concernant leurs caractéristiques socio-démographiques et cliniques au cours du temps (sexe, âge, mode de contamination, région de domicile, catégorie socioprofessionnelle, pathologies) ainsi que leur accès au dépistage et leur prise en charge thérapeutique. » D'emblée, il s'agit de « spécificités » et non pas d'inégalités. Selon l'IVS, le « manque de données » et la « crainte d'une utilisation détournée » expliquerait le peu d'études sur le sujet.

Pendant plusieurs années, le prétexte de la stigmatisation a servi l'immobilisme des pouvoirs publics et des associations classiques de lutte contre le sida. L'IVS (ex-RNSP) a, à plusieurs reprises, précisé que la croissance de l'épidémie chez les hétérosexuels était liée à la sur-représentation des personnes africaines ou d'origine au sein de cette catégorie épidémiologique. Cette précision, dont le but semble avoir été de rassurer la population « générale » (c'est-à-dire les Français hétérosexuels), ne s'est pas heurtée à ce souci de ne pas stigmatiser.

Migrants contre le sida demande à l'Institut de veille sanitaire d'inscrire le suivi épidémiologique de l'épidémie au sein des populations immigrées en tant qu'axe prioritaire de ses recherches.

Les données sont celles de la surveillance du Sida (déclarations obligatoires centralisées au niveau national par l'Institut de Veille Sanitaire) chez les adultes de nationalité étrangère domiciliés en France et diagnostiqués entre 1978 et le 30 juin 1998. Les différentes nationalités sont regroupées selon 8 zones géographiques : l'Afrique du Nord, l'Afrique sub-saharienne, Haïti, le reste du continent américain, l'Asie, l'Europe (hors France), l'Océanie et l'ex-URSS.

Migrants contre le sida rappelle que les données basées sur la nationalité ne prennent pas en compte la part importante des populations d'origine maghrébines et africaines qui sont citoyens français.

Au 30 juin 1998, 14 % des cas de Sida déclarés depuis le début de l'épidémie concernent des sujets de nationalité étrangère domiciliés en France (6571/46973), proportion en augmentation depuis juin 1996. La part des sujets de nationalité étrangère est passée de 15 % au premier semestre 1996 à 20 % au premier semestre 1998.

Entre le premier semestre 1996 et le premier de 1998, le nombre de nouveaux cas de

Sida a diminué de 44 % chez les sujets de nationalité étrangère contre 61 % chez les Français.

Les sujets de nationalité étrangère vivant en France sont globalement 2 fois plus touchés par le Sida que les sujets de nationalité française, mais le poids de l'épidémie varie beaucoup selon les nationalités.

Les femmes étrangères, toutes nationalités confondues, sont 3,5 fois plus touchées que les femmes françaises. 25 % des personnes étrangères adultes atteintes de Sida depuis le début de l'épidémie sont de sexe féminin (contre 16 % des sujets de nationalité française).

Migrants contre le sida exige la reconnaissance d'une véritable urgence de santé publique et une nouvelle mobilisation des associations classiques et des pouvoirs publics en direction des publics immigrés, aussi bien en terme de prévention que de soutien aux malades immigrés ou issus de l'immigration. Force est de constater que les associations classiques de lutte contre le sida, confrontées à la démobilitation de leurs troupes et préoccupées par leurs crises internes, envisagent difficilement de s'investir dans cette nouvelle lutte contre le sida. Migrants contre le sida appelle les associations classiques de lutte contre le sida à revenir à leur mission originelle, à se transformer

afin de s'investir de manière efficace sur le front du sida aujourd'hui.

Le mode de contamination des sujets de "nationalité" nord-africaine est surtout lié à l'usage de drogues par voie intraveineuse (45 % des cas cumulés depuis le début de l'épidémie), mais la proportion de cas dûs à ce mode de contamination tend à diminuer au cours du temps. La contamination par des rapports homosexuels concerne 14 % d'entre eux, mais le mode de contamination reste inconnu dans 14 % des cas.

Chez les sujets d'Afrique sub-saharienne et haïtiens, la transmission hétérosexuelle est majoritaire (respectivement 89 % et 92 % des cas cumulés).

Derrière un discours intégrationniste de façade, les pouvoirs publics ont mis en place un système ne reconnaissant, paradoxalement, que des entités ethniques ou culturelles. Ce système met en concurrence les associations issues de l'immigration pour des subventions dérisoires aussi bien par rapport à l'ensemble du budget consacrée à la lutte contre le sida qu'au regard des moyens nécessaires afin d'obtenir l'égalité dans les programmes de prévention ciblée et un soutien réel aux malades immigrés ou issus de l'immigration.

Les étrangers atteints de Sida sont de façon plus fré-

quente que les Français sans emploi (35 % versus 20 %) ou ouvriers (22 % versus 13 %). A l'opposé, les proportions d'artisans, de cadres, de professions intermédiaires et d'employés sont moindres chez les étrangers.

Parmi les sujets diagnostiqués entre le 1er janvier 1994 et le 30 juin 1998, 42 % des étrangers ne connaissent pas leur statut sérologique au moment du diagnostic du Sida contre 22 % des sujets de nationalité française. Parmi ceux connaissant leur séropositivité au moment du diagnostic du Sida, on constate aussi une différence quant à la prise d'un traitement antirétroviral : 65 % des étrangers versus 53 % des Français n'ont pas bénéficié d'un traitement antirétroviral avant le diagnostic de Sida.

Les femmes étrangères sont dépistées plus tôt, du fait du dépistage systématique (souvent à l'insu ou sans une information adéquate) pratiqué sur les femmes enceintes.

Migrants contre le sida demande la mise en place d'une campagne nationale de prévention s'adressant directement aux publics immigrés ou issus de l'immigration.

Migrants contre le sida exige la fin du dépistage à l'insu des femmes enceintes maghrébines et africaines, et la sanction de tout médecin le pratiquant.

Même si l'analyse ne concerne que les sujets étrangers et non l'ensemble de la population immigrée, et si les données sont celles du Sida et non de l'infection à VIH, ce rapport permet de mettre en évidence des caractéristiques particulières pour les étrangers atteints de Sida, et

notamment leur moindre recours à un dépistage et à une prise en charge de la séropositivité. Néanmoins, la prise en charge de l'infection au stade du Sida semble similaire à celle des sujets français.

Migrants contre le sida conteste la conclusion du rapport de l'IVS selon lequel la prise en charge de l'infection au stade du Sida semble « similaire » à celle des sujets français. Cette conclusion ne correspond absolument pas à notre constat des galères des malades issus de l'immigration pour obtenir l'accès aux traitements (refus d'aide médicale, réticences racistes des médecins, etc.) et pour obtenir des conditions de vie qui permettent de suivre correctement un traitement.

Migrants contre le sida disqualifie l'Institut de veille sanitaire de se prononcer, comme elle le fait dans ce rapport, sur les causes de la vulnérabilité des immigrés. Par exemple, le rapport réduit le lourd tribut payé par les jeunes issus de l'immigration au sida à un problème culturel : « *Ces problèmes pourraient être le fait d'une opposition entre la culture parentale transmise et la perte des valeurs traditionnelles liée à l'immigration* ». Trois causes de la grande vulnérabilité des immigrés à l'infection au VIH sont souvent citées : la séro-épidémiologie des pays d'origine, la culture « traditionnelle » ou les tabous de cette culture des immigrés, ou encore la « précarité » à laquelle sont confrontées les populations issues de l'immigration.

Pour Migrants contre le sida, la cause principale de la vulnérabilité des immi-

grés à l'infection au VIH n'est ni la culture, ni la précarité. Force est de constater que lorsqu'il s'agit de pays fortement touchés par le VIH, le lien avec les pays d'origine est avancé a priori, sans qu'aucune étude sérieuse ne soit jugée nécessaire pour étayer une telle affirmation.

La culture d'une personne n'est pas un frein à la prévention, mais doit constituer un point d'appui et de ressourcement pour la prévention et la solidarité avec les malades.

Migrants contre le sida dénonce la dérive culturaliste qui réduit les cultures en mouvement des immigrés à une conception figée d'une culture arriérée ou « traditionnelle » (en opposition à une culture française de facto jugée moderne, éclairée, etc.).

En revanche, nous luttons contre toutes les formes de conservatisme social qui existent indépendamment de la religion ou de la culture, car elles bloquent le dialogue et l'ouverture aux questions, certes compliquées, liant sida et sexualité.

Migrants contre le sida considère que la véritable cause de la vulnérabilité des immigrés aux VIH se trouve dans le système de soins français et, la politique de santé publique qui est, aujourd'hui comme hier (avant l'arrivée du sida), fondée sur l'inégalité. Elle repose en effet sur une discrimination notoire quant à l'accès à l'information et l'accès aux soins, écartant de fait les pauvres, les immigrés et les sans papiers. Dans le même sens, depuis les Lois Pasqua de 1993, l'accès à la sécurité sociale (et donc à l'assurance maladie) est irrémédiablement refusé aux étrangers (dits) en situation irrégulière. Et, malgré le développement d'un système parallèle d'aide médicale

qui, en principe, permet l'accès de tous aux soins, la pratique hospitalière continue d'exclure de nombreux malades, surtout immigrés.

Le projet de Couverture Maladie Universelle va aggraver les inégalités en conservant une forme résiduelle et discriminatoire d'Aide médicale Etat uniquement pour les sans papiers.

Nous savons que ces chiffres s'aggraveront, à cause du silence, de l'immobilisme, et du manque de courage politique des instances de santé publique et de certaines associations de lutte contre le sida, alors même que nous avons besoin de leur contribution dans la lutte en faveur de l'égalité dans les programmes de prévention ciblée et pour un soutien réel aux malades immigrés ou issus de l'immigration.

Nous ne nous bornerons pas à compter nos morts et nos malades. Migrants contre le sida refuse l'instauration d'un débat stérile sur la communication ou non-communication des chiffres. Au contraire, il est urgent de convertir nos constats épidémiologiques en pression politique contre l'immobilisme des pouvoirs publics et contre le manque de courage politique des associations classiques de lutte contre le sida.

Sida, VIH et MST, Etat des données en 2000

Institut de Veille sanitaire – 20 novembre 2000

Sommaire

Introduction

**Que fait l'InVS dans le domaine VIH-SIDA-MST ?
Où en est-on de la déclaration de séropositivité ?
Quelles sont les perspectives pour 2001 ?**

Tendances récentes de l'épidémie de Sida

Caractéristiques des sujets contaminés par le VIH entre janvier 1991 et décembre 1999 en France

**Evaluation de la prise en charge thérapeutique des expositions au VIH
Juillet 1999 – Avril 2000**

Evolution récente des gonococcies en France

Consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) : Un regard sur les consultants - Enquête nationale 1999 -

Introduction

Que fait l'InVS dans le domaine VIH-SIDA-MST ?

L'InVS est en charge, dans le domaine VIH-Sida-MST, de la surveillance épidémiologique dont la finalité est d'aider les pouvoirs publics à définir des mesures de santé publique à prendre pour lutter contre la diffusion des infections et de contribuer à l'évaluation de ces mesures afin de les adapter à l'évolution de la situation.

Les objectifs de la surveillance épidémiologique sont de connaître l'incidence et les caractéristiques d'une maladie, d'étudier la dynamique de sa diffusion sociale, temporelle et spatiale, et de prévoir son évolution. Les caractéristiques de cette activité sont une collecte systématique et pérenne des informations, qui doivent être simples, acceptables pour les personnes sur lesquelles elles sont collectées et pour les acteurs de la surveillance, analysées et diffusées rapidement auprès des personnes qui mettent en œuvre des actions de santé publique au niveau local et national et l'ensemble des personnes impliquées dans la lutte contre ces infections. La rapidité de diffusion de l'information est une caractéristique fondamentale de la surveillance épidémiologique.

Les données de base recueillies sont les déclarations obligatoires de Sida, et prochainement d'infection VIH, des informations cliniques et biologiques sur des maladies sexuellement transmissibles aiguës (gonococcies et bientôt syphilis). Cependant, d'autres informations sont nécessaires à l'interprétation des données de surveillance, comme les données comportementales sur les homosexuels masculins (enquête presse gay), les usagers de drogues injectables (nouveau projet) ou les patients atteints de MST aiguës (nouveau projet). De même sont utiles à l'interprétation, les données recueillies par d'autres systèmes comme le DMI-2, ou les enquêtes connaissance, attitude et comportements (KABP).

Par ailleurs, nous contribuons à l'évaluation du programme de prévention de l'infection VIH après une exposition récente au VIH, et à celle de l'accessibilité au matériel d'injection stérile pour les usagers de drogue.

Où en est-on de la déclaration de séropositivité ?

L'intérêt de la surveillance de la séropositivité est devenue incontournable fin 1996 du fait de l'impact des nouvelles associations thérapeutiques sur le développement du Sida. Dès 1997, cette nécessité est débattue dans les médias par les associations et les professionnels de santé. En mars 1998, un premier groupe de travail est mis en place par le RNSP (InVS). Après une large consultation fin 1998, le projet est finalisé et prêt à être expérimenté en juillet 1999.

Un collectif d'association proteste alors contre le « fichage des séropositifs » que permettrait le décret du 6 mai 1999¹ et auquel participerait le projet de surveillance du VIH. Des recours contentieux devant le Conseil d'Etat contre ce décret sont déposés, mais seul celui de la Ligue des Droits de l'Homme (LDH) sera maintenu. Le ministre de l'emploi et de la solidarité, à la demande des associations, impose à l'InVS la révision complète du projet. De décembre 1999 à juin 2000, un nouveau comité de pilotage définit un projet dont la principale différence avec le premier concerne l'identification des cas, qui se ferait dorénavant par hachage irréversible des éléments d'identification.

¹ Décret n° 99-362 du 6 mai 1999 fixant les modalités de transmission à l'autorité sanitaire de données individuelles concernant les maladies à déclaration obligatoire.

La section du contentieux du Conseil d'Etat annule, en juin 2000, le premier alinéa de l'article R11-2 du décret du 6 mai 1999, sur des arguments autres que ceux du recours de la LDH. Le nouveau projet de décret doit être signé par le Conseil d'Etat pour que la CNIL puisse donner son avis sur le système de surveillance du VIH. Seul le Comité Consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé a rendu un avis favorable sur le nouveau système de surveillance du VIH.

Le calendrier prévisionnel serait la mise en place du système au cours du 1^{er} semestre 2001 et la publication des premières données au cours du 1^{er} trimestre 2002.

Quelles sont les perspectives pour 2001 ?

Les axes de travail pour les années qui viennent sont de privilégier la réactivité, c'est à dire les systèmes d'information qui nous permettront d'observer rapidement les caractéristiques des personnes qui se contaminent (déclaration de la séropositivité [1], étude d'incidence [2]) et les modifications de comportement de prévention (incidence des MST aiguës [9-10-11], enquête baromètre-gay [4]).

En parallèle, des études à plus long terme sur le comportement sont développées (enquête presse gay [3], enquête chez les usagers de drogue [7], attitude des praticiens vis à vis de l'information sur le dépistage et le traitement du partenaire après un diagnostic de MST ou d'infection VIH [12]).

Par ailleurs, des nouvelles méthodes de modélisation devraient nous permettre d'estimer indirectement l'incidence de l'infection pour l'ensemble de la population en France dans les années récentes.

La confrontation des résultats de tous ces travaux, menés en 2001 et 2002, permettra une analyse compréhensive de la situation fin 2002.

Surveillance de l'infection VIH

[1] - Mise en place de la déclaration de séropositivité (1^{er} semestre 2001), qui donnera des indications sur le nombre de nouveaux diagnostics d'infection VIH et sur les caractéristiques des personnes dépistées, ainsi que sur un sous-groupe d'individus récemment contaminés.

[2] - Projet d'étude d'incidence de l'infection dans des groupes à haut risque d'infection (patients atteints de MST, Homo/bisexuels masculins, usagers de drogue) à partir de la méthode du test de sensibilité atténuée, en cours de développement en France (ANRS Action Concertée n°23).

Surveillance des comportements de prévention

[3] - Enquête Presse gay sur les modes de vie et adaptation au risque des homo/bisexuels, dont l'analyse sera disponible au cours du 1^{er} trimestre 2001, qui permettra notamment d'évaluer l'impact des traitements sur les comportements de prévention.

[4] - Enquête baromètre-gay auprès d'une population de consommateurs dans les bars gay parisiens (début du recueil en fin novembre 2000).

[5] - Etude des caractéristiques des consultants après exposition non-professionnelle au VIH dans le cadre au dispositif de prise en charge thérapeutique des expositions récentes.

[6] - Etude des comportements des patients atteints de MST aiguës en région parisienne dans les DAV et les consultations hospitalières (1^{er} semestre 2001)

[7] – Evaluation de l'accessibilité des usagers de drogue intra-veineux au matériel officinal d'injection et de substitution (SIAMOIS)

[8] - Etude des comportements et déterminants de prise de risque chez des usagers de drogue en France (étude multicentrique, différents types d'usagers).

Surveillance des MST

[9] - Renforcement du réseau de laboratoires RENAGO avec introduction de données comportementales.

[10] - Etude sur l'incidence et les caractéristiques épidémiologiques de la syphilis en Ile de France.

[11] - Constitution d'un réseau de DAV volontaires dans les grandes villes pour étudier l'incidence et les caractéristiques des MST aiguës (Gonococcies, Syphilis, ...).

[12] - Etude de faisabilité d'un programme de dépistage et de traitement des MST aiguës chez les partenaires de patients atteints.

Modélisation

Le travail de modélisation réalisé en 1989 et 1992 dans le cadre de l'Action Concertée « incidence/prévalence » de l'ANRS a été répété en 2000. Des données à partir de différentes méthodes seront disponibles fin 2000 (méthode directe, méthode de rétrocalcul). De nouvelles méthodes (modèle de Markov utilisant des données sur la séropositivité) vont être utilisées permettant d'obtenir des données d'incidence dans les années récentes.

Tendances récentes de l'épidémie de Sida

F. Cazein, R. Pinget, D. David, F. Lot J. Pillonel, A. Laporte

InVS

La surveillance du Sida en France repose sur la déclaration obligatoire par les cliniciens (décret du 10 juin 1986), basée sur la définition OMS/CDC du Sida, révisée en 1993.

Les données issues de cette surveillance sont habituellement publiées chaque semestre. Après une interruption depuis 1998, en raison d'un mouvement social des médecins inspecteurs de santé publique (MISP) des DDASS, les données sont à nouveau disponibles.

Méthode

Les données analysées correspondent à l'ensemble des déclarations obligatoires de Sida parvenues à l'InVS au 30 septembre 2000, pour des cas diagnostiqués jusqu'au 30 juin 2000 (N= 52 399). Les données seront comparées entre 2 périodes de temps, 1996-1997 et 1998-2000.

Les variables examinées plus particulièrement sont le sexe, le mode de contamination, la nationalité, la connaissance ou l'ignorance de la séropositivité et la prise d'antirétroviraux avant le diagnostic de Sida.

Résultats

Nombre de nouveaux diagnostics de Sida et de décès

Après la chute du nombre de nouveaux cas de Sida constatée au 2^{ème} semestre 1996, on a observé en 1997 un ralentissement de la diminution. Les données de la période 1998-2000 confirment ce ralentissement : le nombre de cas de Sida (800 à 900 cas) et le nombre de décès (300 à 350 décès) par semestre ne diminuent que faiblement. C'est pourquoi le nombre de personnes vivantes ayant développé un Sida continue d'augmenter, d'environ 5 à 6% par an.

Evolution différente selon le mode de contamination

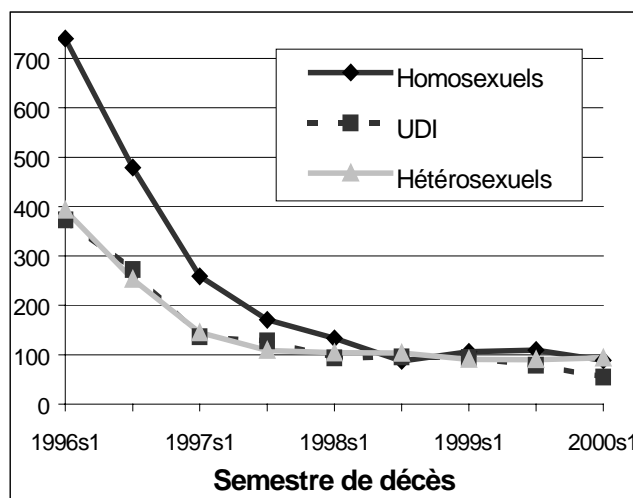
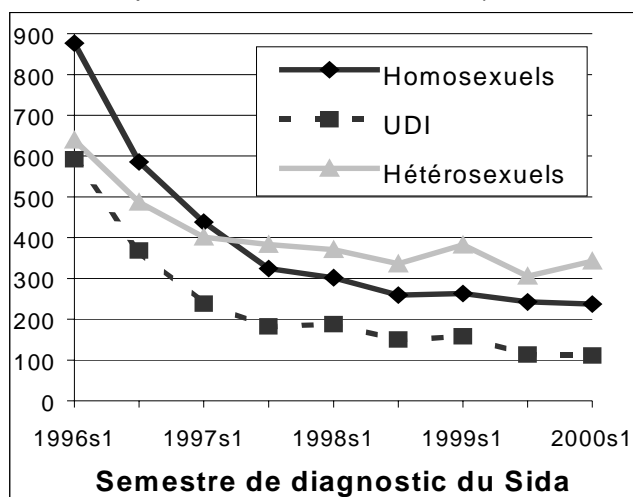
La très faible diminution du nombre de nouveaux cas depuis 1998 s'observe pour chacun des trois principaux modes de contamination (cf figure) et par sexe, sauf pour les femmes contaminées par rapports hétérosexuels pour lesquelles le nombre de nouveaux cas montre une légère augmentation.

Dans la période précédente (1996-1997), en revanche, la diminution du nombre de nouveaux cas était beaucoup plus marquée chez les homosexuels masculins et les usagers de drogues injectables que chez les hommes et les femmes contaminés par rapports hétérosexuels.

Ces évolutions différentes se traduisent, entre les périodes 1996-1997 et 1998-2000, par une augmentation de la proportion de femmes (de 21% à 23%) et de personnes contaminées par rapports hétérosexuels (de 31% à 40%), et par une diminution de la proportion de personnes contaminées par rapports homosexuels (de 36% à 30%) et par usage de drogues injectables (de 22% à 16%).

L'évolution du nombre de décès diffère également selon le mode de contamination (cf figure) : le nombre de décès continue à diminuer uniquement pour les usagers de drogues injectables, alors qu'il se stabilise chez les personnes contaminées par rapports homosexuels ou par rapports hétérosexuels.

Nombre de cas de Sida par semestre de diagnostic et nombre de décès par semestre de décès, pour les 3 principaux modes de contamination. (Données du 30/09/2000 redressées pour les délais de déclaration)



Evolution différente selon la nationalité

La diminution du nombre de nouveaux cas au cours de l'année 1996 a été observée pour toutes les nationalités, y compris pour les personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne. Cependant, la diminution du nombre de nouveaux cas de Sida chez des personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne ne s'est pas poursuivie après 1996 : leur nombre reste stable jusqu'au 1^{er} semestre 2000. Ainsi, leur proportion a augmenté de 8% en 1996-1997 à 14% en 1998-2000.

Méconnaissance de la séropositivité au moment du diagnostic de Sida

Près de la moitié (47%) des cas de Sida diagnostiqués sur la période 1998-2000 concerne des personnes qui découvrent leur séropositivité au moment du Sida, un quart est constitué de personnes qui connaissaient leur séropositivité mais n'ont pas bénéficié d'un traitement antirétroviral avant le Sida et le dernier quart concerne des personnes traitées par antirétroviraux avant le Sida.

Le nombre de cas chez des personnes qui découvrent leur séropositivité au moment du Sida ne montre aucune tendance à la diminution sur les 2 périodes de l'étude. Ces personnes représentent une proportion croissante des diagnostics de Sida.

La méconnaissance de la séropositivité varie selon le mode de contamination. Parmi les cas de Sida diagnostiqués sur la période 1998-2000, 56% des personnes contaminées par rapports hétérosexuels ignoraient leur séropositivité, cette proportion atteint 63% chez les hommes hétérosexuels. La méconnaissance de la séropositivité est beaucoup plus rare chez les usagers de drogues injectables (17%). La situation est intermédiaire pour les hommes contaminés par rapports homosexuels, dont près de la moitié (46%) ignoraient leur séropositivité au moment du diagnostic de Sida.

La méconnaissance de la séropositivité est aussi plus fréquente parmi les hommes (68%) et les femmes (60%) de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne.

Conclusion

Ces données confirment le net ralentissement de la diminution du nombre de nouveaux cas de Sida et du nombre de décès, l'augmentation du nombre de personnes vivantes ayant développé un Sida et la stabilité du nombre de personnes ignorant leur séropositivité jusqu'au diagnostic de Sida. Elles permettent ainsi d'évaluer l'impact de l'accès au dépistage et aux soins, et de caractériser des groupes de population auprès desquels des actions doivent être menées prioritairement.

Caractéristiques des sujets contaminés par le VIH entre janvier 1991 et décembre 1999 en France

S. Nardoux¹, M. Mary-Krause², L. Brice³, S. Lawson-Ayayi⁴, E. Couturier¹, J. Pillonel¹, A. Laporte¹

¹ InVS, ²INSERM-SC4, ³ORS Aquitaine, ⁴Groupe d'épidémiologie clinique du sida en Aquitaine

Différents systèmes d'information sur l'infection par le VIH recueillent des données épidémiologiques détaillées permettant de caractériser, parmi les personnes qui ont recours au dépistage, une sous-population de personnes récemment contaminées. L'objectif est d'étudier l'évolution de la proportion de sujets récemment contaminés parmi les dépistés et de décrire leurs caractéristiques afin d'avoir des indications sur la dynamique de diffusion de l'infection.

Matériel et méthode

Les données analysées proviennent de 4 systèmes d'information sur l'infection par le VIH :

- La base de données hospitalière française de l'infection à VIH (DMI-2)
- Le système aquitain d'évaluation de la contamination par le VIH (RESORS-VIH)
- Le groupe d'épidémiologie clinique du Sida en Aquitaine (GECSA)
- L'Observatoire National des Souches VIH (ONS)

Pour définir les sujets récemment contaminés au moment du diagnostic de l'infection, trois critères ont été utilisés :

- Soit un délai entre la dernière sérologie négative et la première sérologie positive inférieur à 24 mois (l'année présumée de contamination correspondant au milieu de l'intervalle)
- Soit un diagnostic clinique d'une primo-infection (l'année de contamination correspondant à l'année de primo-infection).
- Soit une date de contamination connue (exposition ou prise de risque unique)

Les sujets inclus dans l'analyse sont les sujets de 15 ans et plus répondant à l'un au moins de ces 3 critères et diagnostiqués séropositifs en France jusqu'au 31 décembre 1999. Les variables analysées sont l'année présumée de contamination (de 1991 à 1999), le sexe, l'âge à la contamination et le mode présumé de contamination.

Résultats

Les nouveaux contaminés par rapport à l'ensemble des dépistés

La proportion de sujets récemment contaminés par année de diagnostic de la sérologie VIH1 (cf. tableau) a augmenté de 1991 à 1996 mais s'est stabilisée depuis (sauf pour le RESORS). Cette proportion varie selon les bases de 13% à 23% des sujets dépistés par année de diagnostic.

Les homosexuels masculins ont plus souvent que les autres groupes de transmission une date de contamination connue et récente, 19% pour le DMI-2, 26% pour le GECSA, 34% pour le RESORS et 25% pour l'ONS sur l'ensemble de la période. A l'inverse, les usagers de drogue, ont moins fréquemment que les autres groupes une date de contamination connue et récente, respectivement 9%, 14%, 15%, 10%. Ces proportions augmentent au cours du temps à la fois chez les homosexuels et les usagers de drogue inclus dans le DMI-2, alors que dans le GECSA, elles n'augmentent que chez les homosexuels. La proportion de sujets récemment contaminés parmi les hétérosexuels est comprise entre 12% et 17% selon les bases et reste stable au cours du temps.

Caractéristiques des personnes récemment contaminées

La répartition des cas des différentes bases par année de contamination est plus homogène que celle par année de diagnostic de l'infection. La répartition par sexe et groupe de transmission est stable au cours du temps. Le sex-ratio est resté stable autour de 3 hommes pour une femme. Sur l'ensemble de la période, plus de 50% des cas sont homosexuels et environ un tiers sont hétérosexuels. La proportion des usagers de drogue est comprise entre

4% et 13% (variation non significative). En revanche, l'âge moyen à la contamination augmente significativement sur la période, de 30 à 34 ans.

Tableau : Nombre et proportion de sujets récemment contaminés par année de diagnostic de l'infection

	Année diagnostic de l'infection															
	1991		1993		1995		1996		1997		1998		1999		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
DMI-2	448	11	492	13,2	410	13,5	390	14,8	357	14,7	285	14,3	201	14,1	356	13,3
RESORS - VIH *	39	11	32	11,9	37	17,6	36	16,5	22	11,1	21	12,1			272	13,7
GECSA	80	19	88	23,8	72	27,5	56	24,1	42	25,8	41	25,6	26	22,4	559	22,6
ONS									239	17,5	141	16,9	88	18,3	468	17,5

* Données pour la région Aquitaine, non corrigées du taux de participation

Discussion

La probabilité de dépister précocement une infection par le VIH dépend de plusieurs facteurs : la pratique régulière du test ou à la suite d'une prise de risque, le taux d'incidence de l'infection dans un groupe, et la capacité du système d'information à recueillir ces données.

Un dépistage répété chez un même sujet augmente la probabilité d'obtenir un test négatif et un positif dans un délai de 24 mois. Ainsi, la pratique de tests volontaires répétés chez les homosexuels masculins explique la proportion plus élevée de récents contaminés par année de diagnostic dans ce groupe. En effet, cette population est largement testée : dans l'enquête Presse gay de 1997, 86 % des répondants déclarent avoir fait un test. Les usagers de drogue sont également largement dépistés (91,5% déclarent avoir été testés dans l'enquête PES de 1998) mais la proportion de récents contaminés est faible dans notre étude. Ceci peut s'expliquer par le caractère passif du dépistage réalisé à l'occasion d'une prise en charge dans les centres de traitement ou lors d'un séjour en prison et donc non lié à une gestion préventive du risque. Une autre explication serait une incidence devenue faible dans ce groupe alors que, dans la population homosexuelle, elle se serait stabilisée à un niveau plus élevé. Il apparaît donc, dans notre étude, une sur-représentation des homosexuels masculins et une sous-représentation des usagers de drogue. Ceci est confirmé par les données d'incidence pour l'année 1991 obtenues par rétrocalculs (Deuffic, ANRS 1994) estimant à 40,5% la part des homo/bisexuels et à 19% celle des usagers de drogue. Par ailleurs, ce phénomène a dû s'accroître au cours du temps compte tenu de l'évolution de la proportion de récents contaminés dans ces deux groupes.

Conclusion

Ces données montrent que, parmi les personnes dépistées, moins d'un quart le sont dans l'année suivant la contamination. La gestion préventive du risque par la pratique de tests répétés ou après une prise de risque, plus fréquente chez les homosexuels masculins que parmi les autres groupes, augmente la probabilité de dépister précocement l'infection. Néanmoins, ces données, malgré les biais liés à l'attitude face au dépistage et à la capacité inégale des systèmes à recueillir cette information, suggèrent aussi, compte tenu de la stabilité de certaines caractéristiques des personnes récemment contaminées entre 1991 et 1999 ainsi que l'augmentation de l'âge à la contamination, une *reproduction* de la transmission dans des « core » groupes, confirmant un stade *endémique* de l'infection VIH. Cette hypothèse reste à être confortée par d'autres sources de données, en particulier les prochaines estimations d'incidence obtenues par modélisation et les données sur les comportements issues de l'enquête presse gay et de l'enquête sur les usagers de drogue.

Evaluation de la prise en charge thérapeutique des expositions au VIH Juillet 1999 – Avril 2000

Florence Lot, Christine Larsen, Véronique Baum-Parmentier, Anne Laporte

InVS

Dans l'hypothèse d'une réduction du risque de transmission virale, les premières recommandations officielles sur la prophylaxie antirétrovirale après exposition professionnelle au VIH chez le personnel de santé ont été publiées en France en septembre 1995. Ces recommandations ont été revues et étendues aux expositions non professionnelles (rapports sexuels, partage de matériel d'injection chez les usagers de drogues...) en avril 1998. L'évaluation du risque de transmission du VIH, qui détermine la prescription ou non d'une prophylaxie, est basée sur deux facteurs essentiels : l'importance de l'exposition évaluée en fonction de sa gravité (sévère, intermédiaire et minime)² et le statut sérologique VIH de la personne source.

La prise en charge thérapeutique des personnes exposées fait l'objet d'une évaluation nationale depuis juillet 1999, coordonnée par l'Institut de Veille Sanitaire. Les objectifs de cette évaluation sont de décrire les caractéristiques socio-démographiques des personnes consultant après une exposition au VIH, d'analyser le type de prophylaxie prescrite, d'en estimer la toxicité et l'observance et d'en évaluer l'efficacité par le suivi sérologique des personnes exposées.

Description du dispositif d'évaluation

En juillet 1999, des « dossiers d'aide à la décision » ont été adressés à tous les médecins susceptibles de prendre en charge des personnes exposées au VIH : médecins urgentistes, médecins « référents pour le VIH » et médecins du travail. Ces « dossiers d'aide à la décision » comprennent le protocole de l'évaluation, des grilles d'aide à la décision thérapeutique, des brochures d'information destinées aux personnes exposées et quatre questionnaires standardisés (pour la consultation initiale, la consultation à 1 mois, le suivi sérologique à 3 mois et à 6 mois)

Après accord de la personne exposée, est incluse toute exposition (professionnelle ou non) à une personne source au statut sérologique VIH positif ou inconnu (statut pouvant se révéler ensuite négatif ou positif) et qui date de moins d'une semaine au moment de la prise en charge.

Résultats

De juillet 1999 à avril 2000, 4 271 prises en charge ont été déclarées :

- 2 874 (67%) après exposition professionnelle chez le personnel de santé ;
- 971 (23%) après exposition sexuelle : rapport anal réceptif (196), rapport vaginal réceptif (330), rapport anal ou vaginal insertifs (351), rapport oral (64) et autres pratiques (30) ;
- 13 (0,3%) après partage de matériel d'injection chez des usagers de drogues ;
- 413 (10%) après d'autres types d'exposition tels que piqûre par seringue abandonnée, contact sanguin lors d'une bagarre... ;

² Exemples d'expositions :

Sévères : piqûre profonde après un geste en intra-veineux ou intra-artériel, rapport anal réceptif, partage de seringue immédiat chez un usager de drogue

Intermédiaires : piqûre profonde ou modérée après un geste en intra-musculaire ou sous-cutané, rapport vaginal sans infection génitale ni saignement, partage de seringue différé chez un usager de drogue

Minimes : projection de sang sur la peau ou les muqueuses, piqûre avec une seringue abandonnée, fellation

L'importance de l'exposition et le statut sérologique de la personne source diffèrent en fonction du type d'exposition :

Type d'exposition	Importance de l'exposition			Personne source		
	Sévère	Interm.	Minime	VIH+	VIH-	VIH ?
Personnel de santé	21%	37%	42%	9%	62%	29%
Sexuelle	55%	38%	7%	24%	9%	67%
Autre	1%	10%	89%	11%	17%	72%
Partage de matériel d'injection	46%	54%	0%	23%	15%	62%
Total	26%	35%	39%	13%	45%	42%

Une prophylaxie antirétrovirale a été prescrite dans 1 280 (30%) expositions : 1 004 (78%) trithérapies, 240 (19%) bithérapies, 20 (2%) quadrithérapies et 16 autres/inconnu.

Le pourcentage de personnes exposées mises sous prophylaxie varie en fonction du type d'exposition : 92% après partage de matériel d'injection, 77% après exposition sexuelle, 40% après une exposition autre et 12% après exposition professionnelle.

En fonction de l'importance de l'exposition (sévère, intermédiaire ou minime), respectivement 93%, 86% et 50% des personnes exposées sont mises sous prophylaxie lorsque la personne source est VIH+. Ces pourcentages sont respectivement de 75%, 47% et 23% lorsque la source est de statut sérologique VIH inconnu. Parmi les expositions d'importance minime à une source VIH inconnu, on note qu'une prophylaxie a été prescrite dans 63% des fellations, 43% des expositions autres et 8% des expositions professionnelles.

L'évaluation à 1 mois des prophylaxies prescrites est disponible pour 493 personnes, soit 39% des personnes mises sous prophylaxie. La durée médiane de traitement est de 29 jours [1;49]. Globalement, des symptômes d'intolérance et des anomalies biologiques ont été observés, respectivement, dans 73% et 11% des prophylaxies. Ils sont néanmoins moins fréquents en cas de bithérapie. Les symptômes d'intolérance notés sont des signes digestifs dans 301 (61%) cas, des signes généraux dans 200 (41%), des signes neurologiques dans 52 (11%), des éruptions cutanées dans 26 cas et des coliques néphrétiques dans 5 cas. Les symptômes d'intolérance et les anomalies biologiques observés ont motivé l'arrêt prématuré de la prophylaxie dans 56 (11%) cas.

Le suivi sérologique VIH à 3 mois ou 6 mois est disponible pour 16% des personnes exposées à une source VIH positive ou de statut inconnu; aucune séroconversion n'a été rapportée.

Conclusion

Cette analyse repose sur plus de 4000 déclarations d'exposition au VIH recueillies pendant dix mois sur une centaine d'hôpitaux. Le nombre de prises en charge après partage de matériel d'injection chez les usagers de drogues est très faible.

Les effets secondaires aux prophylaxies prescrites, pour les trois-quarts des trithérapies, sont très fréquents et motivent parfois l'arrêt prématuré du traitement. Cette évaluation met en évidence un faible suivi à un mois et un faible suivi sérologique. Il semble donc nécessaire de renforcer les moyens pour améliorer l'information donnée aux personnes exposées sur l'importance d'un suivi.

La décision de mise en route d'une prophylaxie après exposition suit, le plus souvent, les recommandations officielles, sauf en cas d'exposition d'importance minime au contact d'une source de statut VIH inconnu. Cependant, ces recommandations incitent à traiter des expositions pour lesquelles le risque de transmission du VIH est faible alors que le risque d'effets secondaires est élevé. Les recommandations devraient être révisées pour que la prescription d'une prophylaxie soit limitée aux expositions à haut risque.

Evolution récente des gonococcies en France

V. Goulet¹, P. Sednaoui², V. Massari³, les biologistes de RENAGO, les médecins chargés des actions de santé dans les Conseils Généraux

¹InVS, ²Institut Alfred Fournier, ³INSERM, Unité 444.

Les MST sont diagnostiquées en France par les médecins libéraux (médecins généralistes, gynécologues, dermato-vénérologues et urologues), dans le cadre de consultation hospitalière ou de dispensaires antivénériens (DAV). Selon une estimation réalisée en 1990, moins de 15% des gonococcies sont pris en charge par les DAV. Du fait de la multiplicité des acteurs, plusieurs systèmes de surveillance ont été mis en place depuis 1985 : un réseau de surveillance de la gonococcie basés sur les données de laboratoire et un système de notification hebdomadaire des urétrites masculines basé sur un réseau de médecins généralistes. Une recrudescence des gonococcies a été observée en 1998 par le réseau RENAGO principalement en Ile de France. L'objectif de cette présentation est de faire le point sur les données récentes issues des différentes sources d'informations disponibles.

Méthodes

1. RENAGO est un réseau de surveillance de la gonococcie reposant sur les biologistes privés et hospitaliers qui envoient chaque mois à l'InVS une fiche d'enquête où figurent le nombre de prélèvements génitaux et pour chaque cas détecté des informations épidémiologiques. Les biologistes de RENAGO envoient les souches de *Neisseria gonorrhoeae* (Ng) à l'Institut Alfred Fournier qui effectue une étude complète de chaque souche. En 1999, 192 laboratoires ont participé à RENAGO (161 privés et 31 hospitaliers).
2. Consultations MST des Conseils Généraux
Le Conseils Généraux contribuent à la lutte contre les MST en assurant le fonctionnement de consultations MST avec une prise en charge de 4 MST (gonococcie, syphilis, chancrelle, M de Nicolas-Favre). En 1997, on dénombrait 257 lieux de consultations sur l'ensemble du territoire. Les médecins chargés des actions de santé de tous les conseils généraux des départements de plus de 800 000 habitants ont été contactés (19) ainsi que de 4 départements moins peuplés, afin d'obtenir le nombre de gonococcies diagnostiqués dans les DAV de leur département. Au total les informations ont été transmises par 20 conseil généraux, la population de ces départements représentant 41% de la population de la France métropolitaine.
3. Réseau Sentinelles
Un système de notification hebdomadaire des urétrites masculines basé sur un réseau d'environ 500 médecins généralistes recense depuis 1985 les cas sur l'ensemble de territoire métropolitain. Les cas d'urétrite masculine sont définis par la présence d'une dysurie d'apparition récente et/ou d'un écoulement urétral purulent, mucopurulent ou mucoïde récent. Les données recueillies pour chaque cas rapporté sont l'âge, la présence d'un écoulement, la préférence sexuelle, la notion de partenaires multiples, les antécédents de MST (selon la date antérieure ou non à 12 mois), la prescription et le résultat d'un éventuel prélèvement.

Résultats

1. Réseau RENAGO

Les laboratoires de RENAGO ont identifié, en 1999, 331 souches de Ng dont 30 chez les femmes et 301 chez les hommes, isolées chez des patients symptomatiques : 98% des hommes et des femmes. L'âge médian des patients est de 32 ans chez les hommes et les femmes. La majorité des cas surviennent chez des patients de plus de 30 ans. La notion de

lieu de contamination a été précisé pour 37% des patients : 90% d'entre eux se sont contaminés en France métropolitaine. Chez les hommes, 29 souches ont été isolées de prélèvements ano-rectaux et une souche d'un prélèvement pharyngé. Après une première période de décroissance très importante de 1986 à 1990 (- 81 %), la tendance à la diminution du nombre de souches de *N.gonorrhoeae* identifiés par laboratoire avait persisté jusqu'en 1997 chez les femmes comme chez les hommes. En 1998, une augmentation brutale du nombre de souches identifiées en particulier dans la région Ile de France avait été observé (+167%). Dans les autres régions, l'augmentation a été plus progressive : +50% de 1997à 1998, +54% de 1998 à 1999. Les résultats intermédiaires concernant le premier semestre 2000 (sur 131 laboratoires) montre une progression sur toute la France par rapport au 1^{er} semestre 1999 (+ 49%).

Les gonococcies ano-rectales en progression depuis 1995, ont plus que doublé en 1998 et ont continué à augmenter en 1999. La majorité de ces souches (83%) proviennent de 2 laboratoires parisiens.

2. Consultations MST des Conseils Généraux

Le nombre de gonococcies diagnostiquées dans la majorité de ces consultations est très faible à l'exception de 2 départements : Paris et Bouches du Rhône. A Paris, le nombre de gonococcies a augmenté fortement entre 1997 et 1998 (+ 64%) et a légèrement diminué en 1999(-13%). Dans les Bouches du Rhône, une progression a été observé en 1998 (+65%) et 1999 (+50%). Trois autres départements ont une activité supérieure aux autres :Haute Garonne, Gironde et Rhône. A l'exception du Rhône où une baisse d'activité a été noté que l'on peut expliquer par la fermeture de consultations en 1997, on observe une tendance générale à la hausse du nombre de diagnostics de gonococcies entre 1997 et 1999.

A Paris, on a observé au cours du 1^{er} semestre 2000, une augmentation de 25% des gonococcies diagnostiquées dans les consultations de DAV.

3. Réseau « Sentinelles »

Entre le 1er janvier et le 31 décembre 1999, 170 cas d'urétrites masculines ont été rapportés par les médecins sentinelles, permettant d'estimer à 49 000 le nombre de cas diagnostiqués depuis le début de l'année (IC95% = [36 900 - 61 100]), soit une incidence de 86 cas pour 100 000 habitants en France métropolitaine. La tranche d'âge des 20-29 ans représentait 28% des cas et celle des 30-39 ans 26%, mais les moins de 20 ans ne représentent que 6% des cas rapportés. 85% des patients se déclaraient hétérosexuels, 8% homo ou bisexuels, et pour 7%, l'information n'était pas connu. Vingt six pour cent des patients (27 cas) se déclaraient à partenaires multiples mais pour 24% des cas cette donnée n'étaient pas rapportée.

Après une diminution très importante entre 1985 et 1995 de l'incidence des urétrites diagnostiquées en médecine générale, on a observé depuis 1995 une augmentation des estimations ponctuelles de l'incidence des urétrites masculines (61 cas pour 100 000 habitants en 1995 contre 86 cas pour 100 000 en 1999, test de tendance significatif sur les 5 années, $p = 0.02$). Cette augmentation a été particulièrement sensible entre 1997 et 1998 (+28%) et semble se poursuivre en 2000.

Conclusion

Une augmentation des gonococcies est observée dès 1998 à Paris aussi bien dans RENAGO que dans les consultations de DAV. Sur la même période une augmentation des urétrites masculines a été observé par *Sentinelles*. L'augmentation importante du nombre d'isolements ano-rectaux à Paris est en faveur d'une augmentation de gonococcies dans la population homo-bisexuelle. En dehors de Paris l'augmentation est plus progressive tant dans RENAGO que dans les DAV et ne semble pas concerner de façon prépondérante les patients homo-bisexuels.

Consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) : Un regard sur les consultants - Enquête nationale 1999 -

P. Gouëzel

InVS

En France, la politique de dépistage du VIH repose sur une démarche individuelle et volontaire. Afin de la favoriser, des consultations de dépistage anonyme et gratuit du VIH (CDAG) ont été mises en place en 1988. Les multithérapies ont déplacé les enjeux vers la question centrale du dépistage et de l'accès au soins. Les objectifs de l'enquête étaient de décrire les consultants des CDAG et de vérifier si le dispositif accueillait globalement les populations fragilisées et exposées ciblées par la circulaire de 1998.

Méthode

Une enquête épidémiologique transversale a été menée pendant deux semaines au mois de juin 1999 dans l'ensemble des CDAG. La participation des CDAG et des personnes était volontaire. Un auto-questionnaire et une fiche médicale strictement anonymes exploraient les caractéristiques des personnes, les motifs de leur venue, leurs comportements et leur stratégie personnelle de prévention. Pour vérifier si la clientèle des CDAG était particulière, les consultants des CDAG ont été comparés à la population générale décrite dans d'autres enquêtes (baromètre santé 2000, enquête presse-gay, enquête ACSF, enquête ACSJ...).

Résultats

Description de la population

Environ 60 % de l'ensemble des personnes qui s'étaient présentées dans les CDAG pendant la période d'étude ont participé et 4028 réponses ont été analysées. Les consultants étaient jeunes (70 % avaient moins de 30 ans) et 15 % étaient au chômage ou effectuaient des « petits boulots ». Les consultants étrangers (5,3 %) étaient plus âgés que les autres et bénéficiaient moins souvent d'une couverture sociale. Les consultants avaient de nombreux partenaires, souvent occasionnels : environ 70 % des hommes et 50 % des femmes avaient eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois (contre 12 % des hommes et 6 % des femmes dans la population générale). Globalement, les consultants se sentaient plus à risque que la population générale. Presque deux personnes sur trois avaient déjà bénéficié d'un test VIH.

➤ Population « multipartenaire »

Les comparaisons avec d'autres enquêtes ont montré que la population hétérosexuelle qui a fréquenté les CDAG était plus jeune, avait plus souvent eu des rapports sexuels et était plus multipartenaire que la population générale. Les écarts étaient très importants.

Cette population jeune et multipartenaire utilisait moins les préservatifs que la population générale (à âge égal), en particulier pour ce qui concernait les partenaires occasionnels.

Parmi l'ensemble des consultants masculins 11 % avaient des rapports avec d'autres hommes. Cette proportion était très supérieure à celle observée en population générale masculine (homosexuels 1,6 %). Les homosexuels consultants des CDAG avaient le même âge (en moyenne 32 ans) et le même niveau d'études (60% d'études supérieures) que l'ensemble des homosexuels. Le multipartenariat était lui aussi d'égale importance. En revanche, il a semblé que les homosexuels fréquentant les CDAG avaient moins souvent de partenaires stables et utilisaient moins les préservatifs avec les partenaires occasionnels.

➤ Les usagers de drogue intraveineuse

Les usagers de drogues ont été peu nombreux à fréquenter les CDAG. Cette relative « absence » pouvait s'expliquer par le fait que la population des usagers de drogues a été depuis plusieurs années largement dépistée (test proposé par les structures de soins ou en prison).

➤ Les personnes précarisées et /ou sans couverture sociale

Les personnes sans couverture sociale savaient mal situer leur risque et utilisaient peu les préservatifs ; elles avaient eu plus que les autres au moins 3 partenaires au cours de l'année écoulée. Ce multipartenariat important a souligné le risque de cette population.

➤ Les étrangers

La proportion d'étrangers était identique à celle observée en population générale. Il est possible qu'ils aient été sous-représentés à cause de difficulté de langage. Presque un étranger sur cinq n'avait pas de couverture sociale.

Analyse des motifs de demande de test

Une classification hiérarchique et une analyse des correspondances ont regroupé les individus en sous-groupes homogènes et contrastés. Trois sous-groupes fondés essentiellement sur les motifs de venue ont été individualisés:

Le premier groupe, appelé « gestion préventive du risque », regroupait les personnes qui suivaient les recommandations de prévention (par exemple test avant arrêt du préservatif avec un partenaire devenant stable).

Le second groupe, appelé « vérification dans un contexte de risque rare ou faible », rassemblait les personnes qui avaient des difficultés à gérer cette prévention avec leur partenaire (par exemple, doute sur la fidélité, rupture de préservatifs etc.).

Le troisième groupe enfin, intitulé « test de réassurance dans un contexte à risque », rassemblait des personnes qui n'arrivaient pas à gérer la prévention avec leurs nombreux partenaires, souvent occasionnels en ne reliant pas leur conduite à un risque précis.

Conclusion

Les CDAG ont semblé être identifiées par le public principalement comme lieu de recours en cas de risque sexuel ; les toxicomanes ont peu fréquenté le dispositif. Les consultants étaient exposés, au moment du recours au test, à un risque accru de nature sexuelle (multipartenariat, partenaires occasionnels, rapports non protégés...). Les CDAG ont également attiré des personnes en difficulté.. Cette étude confirme le ciblage du dispositif vers une population socialement vulnérable ou exposée. La gratuité du dépistage a semblé importante (nombreuses personnes sans couverture sociale).

Les résultats de la classification montrent que le counselling pourrait être orienté dès le début de l'entretien par quelques questions clefs relatives aux motifs de venue. Pour les personnes du premier groupe, le counselling devrait simplement conforter la gestion satisfaisante de la prévention avec le partenaire. Pour celles du second, il devrait surtout aider la personne à gérer sa prévention de façon satisfaisante avec son partenaire. Pour celles du troisième, il devrait être l'occasion de reprendre l'ensemble des dimensions de la prévention.