

Les migrants africains au sein du dépistage anonyme du VIH, 2004

Stéphane Le Vu, Florence Lot, Caroline Semaille

Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice

INTRODUCTION

Les personnes migrantes en France, particulièrement celles originaires d'Afrique subsaharienne (ASS), représentent une part croissante des personnes vivant avec l'infection à VIH-sida et des nouveaux diagnostics. Une découverte de séropositivité sur trois en 2003-2004 concernait des personnes de nationalité d'un pays d'ASS.

Des campagnes d'incitation au dépistage ont été dirigées vers cette communauté depuis 2002. Réaffirmant le rôle du dépistage parmi les stratégies préventives, elles visaient à promouvoir le recours au test pour réduire la proportion d'infections non diagnostiquées et à minimiser le risque de future contamination.

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

Après deux précédents en 1999 et 2000, une enquête nationale s'adressant aux candidats à un test VIH dans les CDAG a été réalisée en octobre 2004. Son objectif était de décrire la population recourant au dépistage anonyme du VIH en France. L'analyse consiste ici à décrire les consultants originaires d'ASS et de comparer leurs caractéristiques à celles des autres consultants.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une enquête transversale a été réalisée au cours d'une semaine du mois d'octobre 2004 dans l'ensemble des CDAG de France (métropole et départements d'Outre-Mer), hors antennes de prisons, et s'adressait à toute personne y sollicitant un test ou une information. Un questionnaire anonyme était proposé à l'accueil des consultations. En cas d'acceptation, le consultant remplissait une partie et l'autre était réservée au médecin lors de l'entretien. Le questionnaire explorait cinq axes : les caractéristiques sociodémographiques, les antécédents de dépistage, les circonstances et motifs de demande du test, l'orientation sexuelle et la prise de risque vis-à-vis du VIH, ainsi que la décision médicale avec la prescription des tests et leurs résultats.

Pour l'analyse, à partir des informations sur la nationalité actuelle, celle à la naissance, et sur le pays de naissance, trois catégories exclusives de consultants ont été définies : les Français de naissance ou nés en France, les Français par acquisition, et les étrangers. Les deux derniers groupes constituaient les immigrés, autrement définis comme les personnes nées étrangères à l'étranger et résidant en France. L'analyse a considéré globalement l'ensemble des consultants puis a comparé Français de naissance ou personnes nées en France et immigrés originaires d'ASS (Français ou étrangers). Une standardisation sur l'âge a été appliquée pour permettre des comparaisons avec les populations de l'enquête similaire de 2000 [1] et d'une enquête en population générale réalisée par l'Observatoire régional de santé (ORS) d'Ile-de-France en 2001 [2]. La gestion des données et les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS version 8.

RÉSULTATS

Parmi les 295 sites de CDAG, 201 (68 %) ont participé à l'étude. Ces 201 sites participants représentaient 82 % de l'activité totale des CDAG constatée en 2002 [3]. A partir de 175 des 201 consultations (87 %) ayant fourni le nombre de personnes accueillies durant la semaine d'enquête, on estime le nombre total de personnes éligibles à 5 762. Ainsi, avec 5 398 questionnaires recueillis, la participation est estimée à 94 %. Si toutes les régions étaient représentées, les consultants étaient inégalement répartis sur le territoire avec 34 % en Ile-de-France et pour les autres régions, entre 0,3 % (Corse) et 11 % (Provence-Alpes-Côte d'Azur).

Profil sociodémographique

Les consultants des CDAG étaient majoritairement masculins (54 %) et jeunes, la moitié de l'effectif étant âgée de moins de 25 ans. Globalement, 92 % étaient Français et 8 % étrangers, dont 43 % d'un pays d'ASS. Parmi les étrangers, 67 % résidaient en France depuis moins de 5 ans dont 24 % depuis moins d'un an.

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

Les personnes originaires d'ASS représentaient 40 % des immigrés et 4,5 % de l'ensemble des consultants (tableau 1). Comme les autres immigrés, elles étaient en moyenne plus âgées que le reste des consultants et avaient majoritairement consulté en Ile-de-France (63 %).

Tableau 1

Répartition des consultants de CDAG par nationalité (n = 5 330), octobre 2004		
Français de naissance ou nés en France	4 730	89 %
Français par acquisition	152	3 %
Étrangers	448	8 %
Soient 600 (11 %) immigrés dont :		
originaires d'Afrique subsaharienne	239	40 %
originaires d'Europe occidentale	97	16 %
originaires d'Afrique du Nord	95	16 %
originaires d'Amérique	67	11 %
originaires d'Europe de l'Est	47	8 %
originaires d'Asie	42	7 %
autres ou inconnus	13	2 %

Les consultants originaires d'ASS étaient moins nombreux à déclarer un niveau d'étude supérieur, au-delà du baccalauréat, (41 %) et plus nombreux au niveau primaire et collège (33 %) que les Français de naissance (55 et 20 % respectivement).

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

Enfin 12 % des immigrés et 15 % des originaires d'ASS déclaraient n'avoir aucune couverture sociale (ni sécurité sociale, ni aide médicale d'Etat).

Antécédent de dépistage du VIH

Près de 60 % de l'ensemble des consultants avaient été testés au moins une fois au cours de leur vie. Les immigrés dont ceux originaires d'ASS avaient été plus souvent testés (respectivement 63 et 69 %), sans différence notable entre sexes. A même catégorie d'âge, les immigrés étaient d'autant plus testés qu'ils résidaient en France depuis longtemps.

Les circonstances et motifs du test VIH

Globalement, le premier motif de consultation cité était l'arrêt des préservatifs avec le partenaire sexuel, particulièrement pour les personnes effectuant leur premier test VIH. Ce motif était moins fréquemment cité par les personnes originaires d'ASS, même dans le cadre du premier test. Indépendamment du motif de test, il était demandé aux consultants s'ils pensaient avoir pris un risque vis-à-vis du VIH. Un peu moins de la moitié des personnes répondaient avoir pris un risque. Selon le motif de consultation, ce pourcentage était variable, élevé pour les motifs impliquant un rapport sexuel à risque (incident avec le préservatif ou rapport jugé à risque sans précision) et modéré pour les autres motifs (tableau 2). Les personnes originaires d'ASS déclaraient plus souvent ne pas savoir si elles avaient pris un risque.

Tableau 2

Principaux motifs de tests déclarés en CDAG par ordre de fréquence et proportion de consultants pensant avoir pris un risque, octobre 2004

Motif	Immigrés originaires d'Afrique subsaharienne (n = 239)		Autres consultants (n = 5 082)*		Consultants déclarant une prise de risque (%)
	Rang	%	Rang	%	
Arrêt préservatif	5 ^{ème}	11	1 ^{er}	25	29
Par peur d'une contamination après un rapport sexuel	1 ^{er}	22	2 ^{ème}	23	73
Incident ou rupture de préservatif	3 ^{ème}	18	3 ^{ème}	17	69
Suite à un changement de partenaire	4 ^{ème}	14	4 ^{ème}	14	43
Sans raison particulière, pour voir	2 ^{ème}	20	5 ^{ème}	7	24

* Français de naissance, personnes nés en France et immigrés non originaires d'Afrique subsaharienne.

Orientation sexuelle et autoévaluation du niveau de risque

La grande majorité des hommes (81 %) et des femmes (95 %), déclarait une pratique sexuelle exclusivement hétérosexuelle. Si globalement, la proportion d'hommes se déclarant homosexuels ou bisexuels était élevée parmi les consultants français de naissance (13 et 5 % respectivement), elle était moindre parmi les hommes originaires d'ASS (4 et 3 %).

Une majorité des femmes (54 %) et des hommes (62 %) déclaraient avoir eu plusieurs partenaires sexuels au cours de l'année écoulée. Les consultants originaires d'ASS mentionnaient moins souvent de multiples partenaires (26 % des femmes et 49 % des hommes).

Lors des relations sexuelles avec un partenaire occasionnel, la moitié (52 %) des consultants déclaraient ne pas utiliser systématiquement le préservatif. Les consultants originaires d'ASS étaient plus fréquemment dans ce cas (62 %).

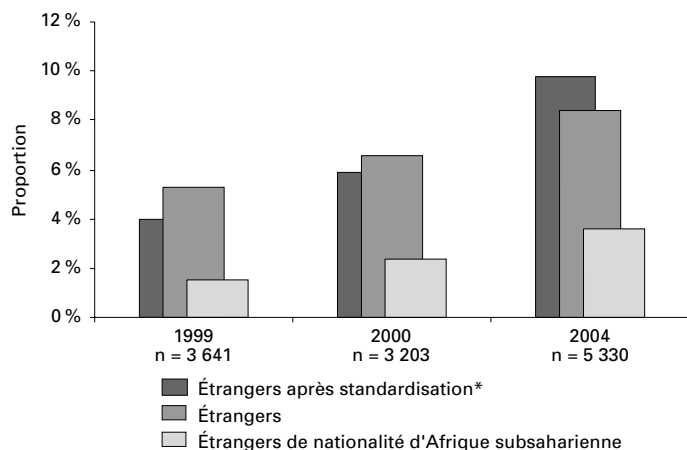
A la question leur demandant de situer leur niveau de risque vis-à-vis du VIH « par rapport aux autres », 5 % répondaient se considérer comme « plus à risque que les autres » et 20 % « moins à risque ». Les personnes d'ASS déclaraient plus souvent se considérer « sans aucun risque » (15 % contre 9 % pour les Français de naissance) et étaient également plus nombreuses à ne pas savoir situer leur risque par rapport aux autres (27 % de réponses « ne sait pas » contre 12 % pour les Français).

Prescription de dépistage et résultats des tests

Après leur entretien, 94 % des consultants ont bénéficié d'un dépistage du VIH. La prévalence de l'infection à VIH pour l'ensemble des consultants était de 0,51 % (IC 95 % : [0,33 - 0,75]) (25/4 924), celle pour l'ensemble des immigrés de 2,61 % (IC 95 % : [1,44 - 4,34]) (14/536), et celle parmi les consultants immigrés originaires d'ASS de 4,78 % (IC 95 % : [2,32 - 8,62]) (10/209). Dans la dernière catégorie, les 10 tests positifs concernaient exclusivement des femmes.

Par ailleurs, près de deux fois plus de dépistages d'infections sexuellement transmissibles (34 %) ont été prescrits aux consultants originaires d'ASS qu'aux Français de naissance (19 %).

Figure 1

Part des étrangers et de ceux d'Afrique subsaharienne en CDAG, 1999, 2000 et 2004


* La standardisation permet de comparer la proportion d'étrangers entre des populations de structures d'âge différentes.

DISCUSSION-CONCLUSION

Les consultants des CDAG avaient été décrits en 1999 et 2000 par les deux enquêtes nationales précédentes comme jeunes et plus à risque que la population générale [1,4]. Les proportions de personnes multipartenaires et n'utilisant pas systématiquement de préservatif dans l'enquête 2004, montrent que les consultants du dispositif de dépistage anonyme sont également plus à risque que les personnes dépistées dans l'année dans l'enquête en population générale de l'ORS [2]. On sait par ailleurs que la proportion de sérologies positives est deux fois plus importante en CDAG que dans les autres contextes de dépistage (hôpital, médecine générale, etc.). En cela, le dispositif de dépistage anonyme et gratuit semble bien accueillir une population plus exposée aux risques.

Après la mise en œuvre en 2002 d'actions d'incitation au dépistage à destination des migrants, il semblait intéressant d'apprécier à quel point ceux-ci fréquentent le dispositif offert par les CDAG. Une augmentation importante de la part des étrangers parmi les consultants depuis la dernière enquête est observée (66 % entre les proportions standardisées de 2000 et 2004) (figure 1). La part des immigrés parmi les consultants en comparaison de la population générale s'en trouve également renforcée. Notamment, les immigrés de pays d'ASS, qui représentent environ 1 % des habitants âgés de 18 ans ou plus en France en 2004 [5], sont presque cinq fois plus nombreux parmi les consultants des CDAG.

Les personnes originaires d'ASS consultant les CDAG diffèrent des consultants français en étant plus âgés et en présentant une situation socioprofessionnelle plus précaire. On observe également un contraste dans les motifs de test qui sont déclarés. Les consultants français fréquentent souvent les CDAG dans le cadre d'une stratégie de prévention pour une relation sexuelle exclusive (connaître son statut afin d'arrêter l'usage des préservatifs dans une relation stable ou après un changement de partenaire). Les personnes originaires d'ASS, quant à elles, sollicitent plus souvent le test en réponse à une prise de risque ponctuelle (un rapport sexuel à risque). Paradoxalement, les personnes originaires d'ASS ont plus de difficultés à situer leur niveau de risque ou à affirmer une prise de risque vis-à-vis du VIH. Par ailleurs, elles présentent un niveau moindre d'utilisation systématique du préservatif et se voient prescrire plus fréquemment un dépistage d'infections sexuellement transmissibles (on ne peut exclure ici le simple effet de recommandations particulières). Ces données, associées au niveau de prévalence de dépistage positif élevé, confirment l'importance des interventions de prévention et la nécessité du dépistage dans la population immigrée d'ASS. Dépistage dans le cadre d'une consultation qui apporte l'occasion, au-delà du test, de discuter des comportements à risque et d'une stratégie de prévention avant et après un résultat négatif. En l'occurrence, les données sur les antécédents de tests nous montrent que les immigrés en général et ceux originaires d'ASS ont plus fréquemment déjà été testés que les autres consultants. Mais dans la mesure où on les retrouve visiblement plus à risque, on ne peut pas conclure à un meilleur recours au dépistage des immigrés. D'autre part, on ne sait pas dans quelles circonstances ces tests antérieurs ont été réalisés, notamment s'ils étaient volontaires ou proposés dans le cadre de bilans systématiques, avec ou sans *counselling*.

Certaines limites de cette enquête peuvent être citées, en particulier la représentativité des consultants au cours d'une semaine donnée. Il avait été estimé, par rapport à l'activité annuelle des CDAG, qu'environ 6 100 accueils étaient réalisés en moyenne par semaine. La fréquentation de 5 762 personnes durant la semaine choisie en octobre nous paraît correspondre à un régime normal dans l'activité annuelle des CDAG. Enfin, toutes les régions ont été représentées à hauteur de leur activité de dépistage annuel [3] et le niveau de participation des consultations comme celui des consultants était en augmentation par rapport aux deux enquêtes précédentes [1,4].

La qualité des réponses liées aux comportements à risque peut, dans ce type d'enquête, être affectée par un biais de désirabilité. Il nous est impossible de l'appréhender mais l'anonymat et la confiance accordée au « lieu » CDAG nous semblent garantir un moindre biais que si le questionnaire était administré dans une autre structure.

La participation des consultants et le remplissage du questionnaire étaient assujettis à la compréhension des questions et on ne peut pas ignorer le biais représenté par un problème de langue qui diminuerait la participation des étrangers non

francophones. Par l'intermédiaire des médecins consultants qui vérifiaient le remplissage du questionnaire, on peut estimer qu'au plus, 1 % des personnes n'auraient pas pu répondre pour ce motif.

Enfin, un indicateur de représentativité nous est fourni par la prévalence globale observée durant la semaine d'enquête qui est la même que celle observée ces dernières années dans les CDAG, cinq positifs pour mille tests [3].

Globalement, compte tenu de l'importance de l'épidémie parmi les migrants d'ASS, il apparaît positif de constater la fréquentation plus importante de cette population dans les CDAG, aussi bien des femmes que des hommes, et pour les deux tiers venant moins de cinq ans après leur arrivée en France. En 2002, une étude mettait en évidence les principaux freins au dépistage des populations migrantes, notamment la peur du résultat et le manque de connaissance sur les circonstances du test (anonymat, coût, délais) [6]. En observant aujourd'hui un accueil plus important en CDAG de la population originaire d'ASS on peut espérer qu'un certain nombre de ces barrières ont diminué et que ces structures sont mieux connues de cette population, grâce peut-être aux campagnes d'incitation des pouvoirs publics et à l'orientation faite par les associations promouvant la santé des personnes étrangères en France. En 1999, la moitié d'un échantillon de migrants d'ASS interrogés dans des lieux publics par l'association Aides déclarait avoir déjà été testé pour le VIH [7]. Les tests avaient été effectués seulement pour 20 % en consultation de dépistage, peut-être au détriment de la *counselling*. En 2004, une autre étude montrait que l'adhésion au dépistage pour les migrants africains en France passe par la notion que le traitement existe et surtout est accessible en cas de séropositivité [8]. Le défaut de couverture sociale déclaré par les migrants d'ASS consultants des CDAG souligne que la cohérence des actions de prévention repose

également sur la politique d'accès aux droits sociaux et aux soins.

REMERCIEMENTS

Nous remercions les équipes des CDAG ayant participé à l'enquête ainsi que Mireille Allemand et Betty Basselier pour leur aide précieuse.

RÉFÉRENCES

- [1] 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. 2001. Institut de veille sanitaire.
- [2] Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/Sida en France. Évolutions 1992-1994-1998-2001. 2001. Paris, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France.
- [3] Le Vu S, Herida M, Pillonel J, Allemand M, Couturier S, Semaille C. Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), bilan 2001 et 2002 d'activité du dépistage du VIH en France. BEH 2004; 17:65-66.
- [4] Gouëzel P. Dispositif de dépistage anonyme et gratuit du VIH (CDAG), un regard sur les consultants, enquête nationale 1999. 2000. Saint-Maurice, France, Institut de veille sanitaire. Collection « enquêtes et études ».
- [5] Borrel C, Durr JM. Enquêtes annuelles de recensement : premiers résultats de la collecte 2004. Principales caractéristiques de la population et des logements. Insee Première 2005; 1001.
- [6] Adage. Les freins au dépistage du VIH chez les populations primo-migrantes originaires du Maghreb et d'Afrique subsaharienne. Synthèse de l'étude qualitative. 2002. Sida info services.
- [7] Les africains subsahariens face au VIH/Sida : perceptions, connaissances et pratiques en matière de prévention, de dépistage et d'accès aux soins. Synthèse de l'étude réalisée en Ile-de-France, juillet/septembre 1999. 2000. Aides Fédération nationale.
- [8] Faya J. Migrants africains : du dépistage du sida à la prévention. La santé de l'homme 2004; 370:40-43.

Analyse des motifs de sollicitation de VIH Info soignants en France, 1998-2003

Yao Kudjawu, Michel Ohayon

Sida info service, Paris

Les problèmes de prise en charge soulevés par le VIH/sida au début de la pandémie ont inauguré de nouveaux outils de prise en charge dont la téléphonie sociale qui s'inscrit dans une démarche pluridisciplinaire de gestion d'une maladie au long cours qu'est le sida [1,2]. En France, l'association Sida info service (Sis) a développé VIH info soignants (Vis) qui a pour vocation d'écouter, d'informer, d'orienter, de soutenir les personnels de santé (PS) confrontés à la problématique VIH en terme de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida, d'accueil et de prise en charge des accidents d'exposition au sang (AES). Cette étude identifie les catégories de PS ayant sollicité Vis, et analyse les motifs de cette sollicitation entre 1998 et 2003.

Il s'agit d'une étude rétrospective par sondage aléatoire portant, sur 1 120 fiches d'entretiens téléphoniques anonymes entre PS et écoutants Vis (médical ou paramédical).

Sur les 1 120 fiches, 785 émanent des PS dont 62 % de sexe féminin. Les PS libéraux sont plus nombreux à recourir à Vis (35 %), suivis de ceux du secteur hospitalier public (33 %), des filières institutionnelles, des établissements privés et des entreprises (32 %). 85 % des appels concernent des demandes d'information ou de renseignement et l'ensemble des catégories professionnelles est représenté. Ces catégories professionnelles de même que la durée des entretiens sont décrites dans le **tableau 1**. Les AES constituent la thématique la plus traitée et concernent 70 % des médecins urgentistes, 60 % des étudiants (formation médicale) et dentistes, plus de 40 % des biologistes, 30 % des infirmiers ou aides-soignants et 20 % des médecins généralistes. Les infirmiers sont plus souvent victimes d'AES que les médecins ($p < 0.0001$). Les autres thématiques les plus abordées concernent le mode de transmission, l'usage et la délivrance d'antirétroviraux en ville, les démarches pour le dépistage, les adresses des centres de dépistage et la demande de documents d'information. La durée moyenne d'entretien est de 10,6 minutes. Elle est plus longue chez les paramédicaux, les étudiants en formation médicale et le personnel d'entretien administratif.

L'AES constitue la thématique la plus fréquemment abordée par l'ensemble des catégories de PS. Les entretiens longs témoignent habituellement d'une demande de soutien.

- [1] Recommandations du groupe d'experts, prise en charge des personnes infectées par le VIH en France, rapport 2002. Médecine-Sciences Flammarion, Paris, 2002, 1-5.
- [2] Sherer R., Stieglitz K., Narra J. et al. HIV multidisciplinary teams work: support services improve access to and retention in HIV primary care. AIDS Care 2002; 14(suppl 1):S31-44.

Tableau 1

Répartition des professionnels de santé ayant sollicité le dispositif VIH info soignants et durée moyenne des appels

Profession de l'appelant	Fréquence	%	Durée moyenne de l'entretien en minute (étendue)*	
Médicale				
Généraliste	159	20,3	9,2	(1 - 34)
Spécialiste	42	5,4	10,8	(3 - 30)
Urgentiste	31	3,9	8,4	(1 - 22)
Médecin du travail	41	5,2	8,3	(2 - 30)
Sage femme	4	0,4	4,3	(2 - 5)
Pharmacien	96	12,2	5,8	(1 - 25)
Chirurgien dentiste et/ou Assistant dentaire	35	4,6	12,2	(2 - 43)
Paramédicale				
Infirmier(e)	188	23,9	13,0	(1 - 55)
Aide soignant(e)	46	5,9	15,0	(2 - 65)
Kinésithérapeute	2	0,2	7,0	
Biologiste et ou laborantin				
	21	2,7	10,8	(1 - 35)
Vétérinaire				
	1	0,1	-	-
Administration				
	17	2,2	11,9	(1 - 55)
Personnel d'entretien				
	9	1,1	16,8	(4 - 52)
Étudiants				
Médecine, Pharmacie, Dentaire	10	1,3	22,5	(8 - 45)
Infirmier, Aide soignant	83	10,6	10,6	(1 - 39)
Total	785	100		

* Concerne les professionnels dont la durée de l'entretien est disponible.