



NUMÉRO THÉMATIQUE

Infection VIH-sida en France : vision d'ensemble et spécificités des départements français d'Amérique

Éditorial

Prévention, dépistage et accès aux soins restent les maîtres mots

Même dans un pays comme la France, l'infection à VIH et le sida restent un problème majeur plus de 20 ans après la découverte du virus : en 2004, environ 7 000 personnes ont découvert leur séropositivité et 1 500 ont développé un sida. Certaines populations sont plus particulièrement touchées comme les homosexuels ou les personnes originaires d'Afrique sub-saharienne contaminées par rapports hétérosexuels. Il existe également des disparités géographiques importantes, l'Île de France et les départements français d'Amérique (DFA) étant nettement plus touchés que les autres régions françaises.

Au travers d'analyses consacrées aux problèmes des comportements à risque chez les homosexuels et des pratiques de dépistage chez les migrants, ainsi qu'à la situation spécifique dans les DFA-Guyane, Martinique et Guadeloupe, ce numéro spécial du BEH a pour objectif de faire le point sur les tendances récentes.

Le premier article du numéro présente les chiffres clés de la situation épidémiologique du VIH en France. S'appuyant en particulier sur les données des deux années de surveillance de la déclaration obligatoire du VIH, mise en place en mars 2003, il nous révèle que malheureusement la sous-déclaration est encore trop élevée. Un des résultats importants de cet article est que, parmi les personnes qui ont découvert leur séropositivité en 2004, près d'une sur quatre a été contaminée par des rapports homosexuels et que cette proportion a augmenté entre 2003 et 2004. C'est dire que malgré les campagnes de prévention, les homosexuels continuent de prendre des risques comme le confirment également les résultats de l'Enquête Presse Gay réalisée en 2004 (A. Velter et coll.). Pour la première fois, cette enquête a exploré l'utilisation d'internet pour les rencontres entre gays et montre que les internautes déclarent une plus grande prise de risque que les autres répondants.

Un autre résultat marquant de la surveillance nationale de l'infection à VIH-sida est le fait qu'une séropositivité sur trois concerne une personne d'Afrique subsaharienne, les femmes représentant la grande majorité des cas. Certes, les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) accueillent de plus en plus de populations migrantes (S. Le Vu et coll.) ce qui est encourageant mais nous devons nous inquiéter qu'un nombre encore trop important d'Africains contaminés par rapports hétérosexuels découvrent leur séropositivité au moment du sida.

Les DFA occupent une position bien particulière dans la région caraïbe. Moins développés et disposant de moins de moyens que la France hexagonale, ils constituent, dans la région, un pôle d'attraction pour leurs voisins dont le niveau de développement, notamment sanitaire, est beaucoup plus bas. La Guyane et Saint Martin sont particulièrement confrontés aux problèmes de migrations. Les délais de mise à disposition des nouveaux antirétroviraux favorisés par l'éloignement avec la métropole, les difficultés à réaliser parfois des examens de suivi du VIH, l'impossibilité de participer à des essais cliniques de phase II/III sont autant d'obstacles pour une prise en charge optimale de

l'infection à VIH. Ces obstacles viennent s'ajouter aux difficultés rencontrées par les migrants en termes de précarité, d'exclusion, de barrières linguistiques et culturelles, qui constituent aussi des freins importants.

Malgré ces difficultés, la spécificité épidémiologique des DFA semble mieux prise en compte ces dernières années. Deux articles (F. Lert et coll.) de ce numéro traitent de l'enquête ANRS-Vespa réalisée auprès des personnes vivants avec le VIH. Conduite à la fois en métropole et dans les trois DFA, elle met en évidence une plus grande vulnérabilité économique et un isolement affectif des personnes vivants avec le VIH dans ces départements. Région prioritaire pour la politique de lutte contre le sida, des expériences originales de consultations d'observance, de prévention, de médiateurs culturels y ont été également menées (A. Cabié et coll.).

A n'en pas douter la prévention, le dépistage et l'accès aux soins restent les maîtres mots au vu des articles de ce BEH. Sûrement aussi, comme le rappellent très justement les études présentées, certaines particularités géographiques mériteraient une meilleure prise en compte, notamment pour ce qui a trait aux problèmes des migrants tant en métropole que dans les DFA. En n'excluant pas la vigilance pour tous.

Caroline Semaille-Safar,
Unité VIH/sida-IST-VHC,

Département des maladies infectieuses, Institut de veille sanitaire

André Cabié,

Centre d'information et de soins de l'immunodéficience humaine
(Cisih) de Martinique

SOMMAIRE

Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2003-2004	p. 230
Les migrants africains au sein du dépistage anonyme du VIH, 2004	p. 233
Analyse des motifs de sollicitation de VIH Info soignants en France, 1998-2003	p. 235
Rencontre des partenaires masculins par internet et comportements sexuels à risque, enquête ANRS-Presses gay 2004	p. 236
Particularités de l'infection à VIH aux Antilles et en Guyane française en 2004	p. 238
Les patients vivant avec le VIH-sida dans les départements français d'Amérique : résultats de l'enquête ANRS-Vespa, 2003	p. 240
Vie de couple, vie sexuelle et prévention chez les hétérosexuels vivant avec le VIH-sida aux Antilles et en Guyane. Résultats de l'enquête ANRS-Vespa, 2003	p. 243

Coordination scientifique du numéro :
Caroline Semaille-Safar, Institut de veille sanitaire

Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2003-2004

Département des maladies infectieuses, unité VIH/sida-IST-VHC, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice
Avec la collaboration du Centre national de référence pour le VIH, Tours

Cet article fait le bilan, au 31 décembre 2004, des données épidémiologiques disponibles sur l'infection VIH et le sida en France à partir des systèmes de surveillance existants :

- la notification obligatoire des **diagnostics d'infection VIH**, mise en place en mars 2003 ;
- la **surveillance virologique**, permettant d'estimer la part des contaminations récentes (≤ 6 mois) parmi les diagnostics d'infection VIH et de suivre l'évolution des sous-types du virus circulant actuellement en France ;
- la notification obligatoire des **cas de sida**, qui permet de caractériser les personnes au stade le plus avancé de la maladie ;
- **l'activité de dépistage du VIH**, LaboVIH, qui recueille l'activité globale de dépistage de l'ensemble des laboratoires (de ville et hospitaliers) depuis 2001¹. Le fonctionnement de ces différents systèmes de surveillance a été décrit précédemment [1-3]. Les données de notification obligatoire du VIH et du sida ont été analysées sur la période 2003-2004.

RÉSULTATS

Notification obligatoire de l'infection à VIH

Depuis la mise en place de la notification obligatoire du VIH jusqu'au 31 décembre 2004, 8 327 diagnostics d'infection VIH ont été notifiés, dont 6 302 notifications correspondent à des découvertes de séropositivité² (6 258 adultes et 44 enfants de moins de 13 ans). Parmi ces 6 302 cas, 1 421 ont été diagnostiqués au 1^{er} semestre 2003, 1 990 au 2nd semestre 2003, 1 830 au 1^{er} semestre 2004 et 1 061 au 2nd semestre 2004. Ces effectifs sont sous-estimés pour l'année 2003 ($n = 3 411$) du fait de la montée en charge progressive du système, pour l'année 2004 ($n = 2 891$) du fait des délais de déclaration, et pour les deux années compte-tenu de la sous-déclaration. Ils ne représentent donc pas le nombre réel de découvertes de séropositivité et ne peuvent pas s'interpréter en terme de tendances.

Estimation du nombre de découvertes de séropositivité

Pour estimer le nombre réel de découvertes de séropositivité VIH, les données issues de la notification obligatoire ont été comparées au nombre de sérologies confirmées positives en 2004 (LaboVIH). Cette comparaison permet d'estimer à 61 % l'exhaustivité de la déclaration du VIH en 2004. En appliquant cette proportion au nombre de notifications de découvertes de séropositivité en 2004 ($n = 2 891$), corrigé pour les délais de déclaration (soit un total attendu d'environ 4 300), on estime à environ 7 000 le nombre de découvertes de séropositivité en 2004.

Sexe, âge et nationalité

Parmi les découvertes de séropositivité en 2003-2004, la proportion d'hommes est globalement de 58 % (3 639/6 302). Ce pourcentage a augmenté de 56 % au 1^{er} semestre 2003 à 61 % au 2nd semestre 2004 ($p = 0,01$). Cet accroissement est principalement lié à l'augmentation de la proportion d'hommes de nationalité française qui est passée de 30 % à 37 % entre ces deux semestres ($p < 10^{-4}$).

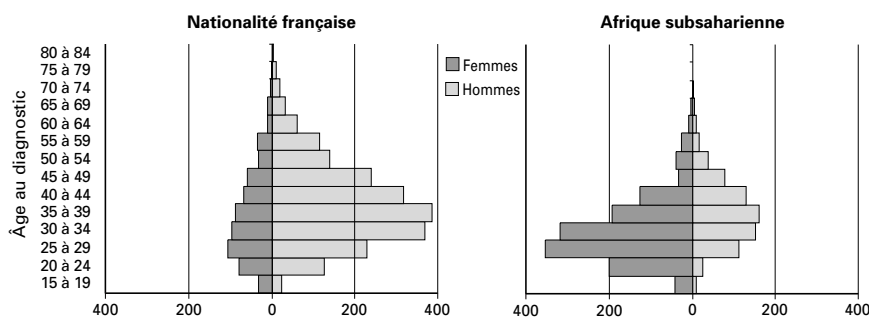
L'âge moyen au diagnostic d'infection à VIH est de 36,5 ans pour l'ensemble des cas (33,4 ans chez les femmes et 38,8 ans chez les hommes, $p < 10^{-4}$). Les personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne sont plus jeunes que celles de nationalité française (figure 1), tant chez les femmes (32,2 ans versus 36,5 ans, $p < 10^{-4}$) que chez les hommes (37,5 ans versus 39,6 ans, $p = 0,0001$). La proportion de femmes est beaucoup plus élevée chez les personnes d'Afrique subsaharienne (65 %) que chez les personnes françaises (23 %).

Les personnes d'Afrique subsaharienne représentent un tiers des découvertes de séropositivité en 2003-2004 (51 % chez les femmes et 20 % chez les hommes), celles de nationalité française 42 %. Les autres nationalités sont en proportions beaucoup plus faibles : Afrique du nord 1,9 %, Amérique hors Haïti 2,9 %, Haïti 2,7 %, Asie 1,2 %, Europe de l'ouest 1,4 % et Europe de l'est 0,3 %. La nationalité n'est pas renseignée dans 15 % des cas.

Parmi les 44 enfants, 20 sont nés en Afrique subsaharienne, 15 en France et le pays de naissance n'est pas renseigné pour 9.

Figure 1

Nombre de découvertes de séropositivité VIH entre janvier 2003 et décembre 2004, par classe d'âge et sexe, France, au 31/12/2004



Mode de contamination

Parmi les personnes découvrant leur séropositivité en 2003-2004, 56 % ont été contaminées par rapports hétérosexuels, 22 % par rapports homosexuels et 2 % par usage de drogues injectables (tableau 1). La part des découvertes de séropositivité chez les homosexuels a progressivement augmenté entre le 1^{er} semestre 2003 et le 2nd de 2004 (de 19 % à 27 %, $p < 10^{-4}$), tandis que celle des personnes contaminées par rapports hétérosexuels a diminué de 57 % à 52 % ($p = 0,005$).

Tableau 1

Nombre de découvertes de séropositivité VIH entre janvier 2003 et décembre 2004, par sexe et mode de contamination, France, au 31/12/2004

Mode de contamination	Sexe				Total	
	Femmes N	Femmes %	Hommes N	Hommes %	Total N	Total %
Rapports homosexuels	-	-	1 405	39	1 405	22
Rapports hétérosexuels	2 097	79	1 414	39	3 511	56
Injection de drogues	31	1	112	3	143	2
Autres*	21	1	36	1	57	1
Non renseigné	514	19	672	18	1 186	19
Total	2 663	100	3 639	100	6 302	100

* 39 cas de transmission mère-enfant, 12 homosexuels usagers de drogues et 6 transfusés

Les personnes contaminées par rapports hétérosexuels sont en majorité des femmes (60 %). Plus de la moitié des femmes (56 %) et 41 % des hommes contaminés par rapports hétérosexuels sont de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne (principalement Cameroun, Côte d'Ivoire, Congo et République démocratique du Congo).

Motif de dépistage

Le premier motif de dépistage est la présence de signes cliniques ou biologiques (pour 24 % des femmes et 40 % des hommes). Le dépistage a été réalisé du fait d'une exposition à risque, pour 18 % des femmes et 25 % des hommes. La grossesse est un motif de dépistage chez 19 % des femmes, plus fréquent chez les Africaines (21 %) que chez les Françaises (16 %) ($p = 0,006$).

Stade clinique

Parmi les personnes découvrant leur séropositivité en 2003-2004, 8 % ont été diagnostiquées précocement au stade de primo-infection, 55 % à un stade asymptomatique, 14 % à un stade symptomatique non sida et 13 % tardivement au stade sida. Le stade clinique n'est pas précisé pour 10 % des notifications.

Le stade clinique lors de la découverte de la séropositivité varie selon la nationalité. Les Français sont plus souvent diagnostiqués au moment d'une primo-infection (15 %) que les Africains (2 %) ($p < 10^{-4}$). En revanche, la proportion de personnes diagnostiquées à un stade symptomatique (sida ou non) est la même dans ces deux populations (29 %).

¹ Les données de la surveillance des dépistages dans le cadre des Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) ne sont pas encore disponibles pour l'année 2004.

² Première sérologie positive ou sérologie antérieure positive datant de moins de 12 mois.

Répartition géographique

Parmi les 6 302 découvertes de séropositivité, 49 % concernent des personnes domiciliées en Ile-de-France et 8 % des personnes domiciliées dans les départements français d'Amérique³.

Surveillance virologique du VIH

Parmi les 6 258 découvertes de séropositivité chez des adultes, la proportion de patients qui refusent la surveillance virologique est très faible (4 %). Cependant, le consentement n'est pas renseigné par le clinicien pour 12 % des fiches de notification et le prélèvement sur buvard n'a pas été adressé au Centre national de référence (CNR) par le biologiste dans 14 % des cas.

Test d'infection récente

Les résultats du test d'infection récente [4] sont disponibles pour 4 352 personnes (70 %) découvertes séropositives pour le VIH-1 en 2003-2004. La proportion d'infections récentes est de 25,2 % [IC à 95 % : 23,9-26,5]. Cette proportion diffère significativement selon le sexe, l'âge, le mode de contamination et la nationalité.

Elle est plus élevée chez les hommes (30 %) que chez les femmes (18 %) et chez les homosexuels (46 %) que chez les personnes contaminées par rapports hétérosexuels (18 %). Elle diminue avec l'âge, de 27 % chez les moins de 30 ans à 22 % chez les plus de 50 ans. La proportion d'infections récentes chez les personnes d'Afrique subsaharienne (10 %) est moins élevée que chez les personnes de nationalité française (37 %). Cette différence persiste chez les personnes contaminées par rapports hétérosexuels (10 % chez les Africains versus 29 % chez les Français).

En Ile-de-France, le pourcentage d'infections récentes parmi les nouveaux diagnostics (24 %) est voisin du pourcentage national. Dans les autres régions, ce pourcentage varie de 10 % à 43 %, cependant ces différences sont difficilement interprétables compte tenu de la faiblesse des effectifs dans certaines régions.

Sérotypage

Le type de virus (VIH-1 ou VIH-2) a pu être déterminé pour la quasi-totalité des découvertes de séropositivité en 2003-2004 (n = 6 142).

La proportion de VIH-2 est de 1,9 % [1,5-2,2], dont 1,7 % d'infections à VIH-2 seule et 0,2 % de co-infections VIH-1/VIH-2.

Parmi les infections à VIH-1, le groupe est connu dans 4 109 cas ; 8 infections du groupe O et 2 co-infections O+M ont été identifiées, dont 9 concernaient des personnes d'Afrique subsaharienne (8 du Cameroun et 1 du Tchad).

Parmi les 3 907 cas du groupe M qui ont été sous-typés, 48,3 % [46,7-49,8] sont des sous-types non-B.

La proportion des sous-types non-B diffère significativement selon le sexe, l'âge, le mode de contamination, la nationalité (p < 10⁻⁴). Elle est plus élevée chez les femmes (67 %) que chez les hommes (34 %), chez les moins de 40 ans (53 %) que chez les plus de 40 (38 %), chez les hétérosexuels (61 %) que chez les homosexuels (13 %) ou les usagers de drogues (17 %). Elle est plus élevée chez les personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne (82 %) que chez celles de nationalité française (22 %).

Notification obligatoire du sida

Au 31 décembre 2004, le nombre total de cas de sida notifiés depuis le début de l'épidémie est de 59 495. Le nombre de personnes vivantes ayant développé un sida est estimé à environ 25 700 (tableau 2) ou 27 800 si on tient compte de la sous-déclaration des cas et des décès.

Entre 1998 et 2002, le nombre de nouveaux cas de sida a diminué d'environ 5 % par an. La diminution est plus marquée en 2003 et 2004.

Tableau 2

Nombre de cas de sida par année de diagnostic, cas décédés par année de décès et cas vivants au 31 décembre de chaque année, France, au 31/12/2004

	<1997	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Total
Nombre de cas de sida par année de diagnostic	46 148	2 287	1 940	1 832	1 726	1 660	1 614	1 394	894	59 495
Nombre de cas redressés								1 431*	1 252*	59 890*
Nombre de cas de sida connus comme décédés par année de décès	28 790	1 120	769	708	620	583	662	465	283	34 098**
Nombre de cas redressés								476*	385*	34 211*
Nombre de cas de Sida vivants cumulés à la fin de chaque année	17 358	18 525	19 696	20 820	21 926	23 003	23 955	24 910*	25 777*	25 679*

* Nombre redressé par rapport au délai de déclaration, mais sans tenir compte des cas ou des décès qui ne sont pas déclarés.

** Dont 98 décès pour lesquels l'année de décès est inconnue.

Sexe et âge

Parmi les nouveaux diagnostics de sida en 2003-2004, la proportion de femmes est de 31 %. Le nombre annuel de cas continue à diminuer chez les hommes (de 1 500 cas en 1998 à environ 800 en 2004), alors qu'il est stable chez les femmes (entre 400 et 450 cas par an entre 1998 et 2004), ceci quelle que soit la nationalité.

L'âge moyen au diagnostic de sida a augmenté régulièrement de 36,4 ans en 1990 à 41,9 ans en 2002 (p < 10⁻⁴). Depuis 2003, il n'augmente plus, notamment chez les homosexuels et chez les femmes contaminées par rapports hétérosexuels.

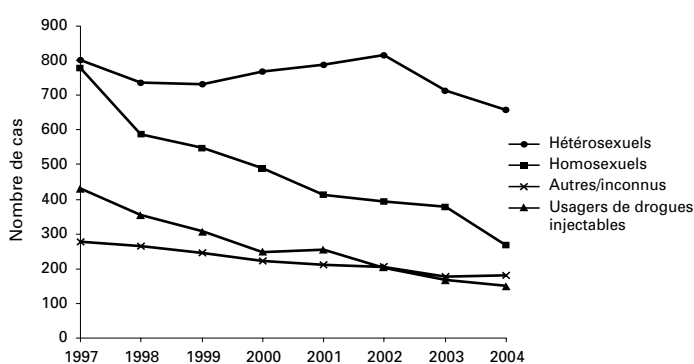
Mode de contamination

Les personnes contaminées par rapports hétérosexuels représentent 52 % des nouveaux cas de sida en 2003-2004, les hommes contaminés par rapports homosexuels 25 % et les personnes contaminées par usage de drogues injectables 12 %.

Le nombre annuel de cas de sida chez les usagers de drogues a diminué assez régulièrement entre 1997 et 2004 (figure 2). Le nombre de cas chez les homosexuels s'était stabilisé entre 2001 et 2003, puis a diminué en 2004. Chez les personnes contaminées par rapports hétérosexuels, le nombre de cas a augmenté entre 1999 et 2002 pour diminuer ensuite.

Figure 2

Évolution du nombre de cas de sida par mode de contamination et année de diagnostic, France, données au 31/12/2004 redressées pour les délais de déclaration



Répartition géographique

Les taux de cas de sida les plus élevés en 2003-2004 sont observés en Guyane, à Paris, en Guadeloupe, en Martinique et dans les départements limitrophes de Paris³.

Connaissance de la séropositivité et traitement antirétroviral

Presque la moitié (47 %) des personnes pour lesquelles un diagnostic de sida a été posé en 2003-2004 ignoraient leur séropositivité au moment du diagnostic, 26 % la connaissaient mais n'avaient pas bénéficié d'un traitement antirétroviral pré-sida. L'ignorance de la séropositivité au moment du diagnostic de sida est plus fréquente chez les personnes d'Afrique subsaharienne (63 %) que chez les Français (39 %).

Pathologies inaugurales

En 2003-2004, 23 % des pathologies inaugurales de sida sont des pneumocystoses, 22 % des tuberculoses, 16 % des candidoses oesophagiennes, 12 % des toxoplasmoses cérébrales et 9 % des kaposi. Les fréquences annuelles de ces pathologies se sont peu modifiées sur les années récentes.

Dépistage et diagnostic du VIH dans les laboratoires : Labovih

Le nombre de sérologies VIH réalisées par l'ensemble des laboratoires (y compris pour les CDAG) est estimé à 4,9 millions en 2004 (dont 74 % en ville). Près d'un quart (24 %) de ces sérologies sont réalisées en Ile-de-France (tableau 3).

Le nombre de sérologies confirmées positives est estimé à 11 700⁴ en 2004 (61 % d'entre elles en laboratoire hospitalier), dont la moitié (53 %) en Ile-de-France.

³ Un tableau sur le nombre de découvertes de séropositivité VIH et le nombre de cas de sida notifiés en 2003-2004 par département et par région de domicile (et taux par million d'habitants) est disponible sur le site de l'InVS (www.invs.sante.fr).

⁴ Les sérologies confirmées positives ne correspondent pas toutes à des découvertes de séropositivité puisqu'elles incluent des sérologies faites plusieurs fois pour une même personne dans des laboratoires différents.

Tableau 3

LaboVIH : activité de dépistage du VIH hors don du sang, par région, 2004

Région d'implantation du laboratoire	Taux de participation des laboratoires	Estimation du nombre de sérologies*	Nombre de sérologies*/mille habitants	Estimation du nombre de sérologies positives*	Nombre de sérologies positives*/million d'habitants	Nombre de sérologies positives*/mille tests*
Alsace	92 %	151 588	87	169	97	1,1
Aquitaine	79 %	213 123	73	266	91	1,2
Auvergne	85 %	93 969	72	63	48	0,7
Bourgogne	88 %	101 541	95	102	96	1,0
Bretagne	93 %	177 461	61	124	43	0,7
Centre	86 %	160 118	66	277	114	1,7
Champagne-Ardenne	82 %	94 063	70	106	79	1,1
Corse	79 %	18 980	73	14	54	0,7
Franche-Comté	97 %	73 000	65	110	98	1,5
Ile-de-France	77 %	1 182 011	108	6 225	568	5,3
Languedoc-Roussillon	70 %	205 541	90	264	115	1,3
Limousin	95 %	50 870	72	52	73	1,0
Lorraine	88 %	180 684	78	170	74	0,9
Midi-Pyrénées	84 %	199 824	78	288	113	1,4
Nord-Pas-de-Calais	87 %	292 737	73	249	62	0,9
Normandie (Basse-)	82 %	90 757	46	57	29	0,6
Normandie (Haute-)	93 %	114 833	64	169	95	1,5
Pays-de-Loire	84 %	191 750	59	251	78	1,3
Picardie	84 %	115 111	62	116	62	1,0
Poitou-Charentes	87 %	102 427	62	113	69	1,1
Paca	77 %	461 018	102	748	166	1,6
Rhône-Alpes	85 %	439 159	78	588	104	1,3
Dom	80 %	198 245	119	1 201	721	6,1
Total France	82 %	4 908 812	82	11 720	195	2,4

* Estimations pour l'ensemble des laboratoires, à partir des laboratoires participants.

Le nombre de sérologies confirmées positives rapporté au nombre de sérologies effectuées est estimé à 2,4 pour mille en 2004. Cette proportion est beaucoup plus élevée en Ile-de-France et dans les Dom que dans les autres régions.

Le nombre de sérologies VIH effectuées rapporté à la population est de 82 pour mille pour l'ensemble de la France, il est plus élevé dans les Dom, en Ile-de-France et en Paca que dans les autres régions. Le nombre de sérologies confirmées positives rapporté à la population représente à l'échelle nationale 195 cas par million d'habitants en 2004. Ce rapport est beaucoup plus élevé dans les Dom et en Ile-de-France que dans toutes les autres régions, y compris en Paca.

DISCUSSION - CONCLUSION

Le nombre estimé de 7 000 découvertes de séropositivité en 2004 est calculé par combinaison des estimations d'activité de dépistage et des notifications obligatoires d'infection à VIH. Ce calcul repose sur l'hypothèse que l'exhaustivité de la notification obligatoire est la même pour tout diagnostic d'infection VIH, qu'il s'agisse ou non d'une découverte de séropositivité, hypothèse qui n'est pas vérifiable. On peut néanmoins établir que le nombre réel de découvertes de séropositivité en 2004 est compris entre 4 300 (nombre de découvertes qui ont fait l'objet d'une notification, corrigé pour les délais de déclaration) et 11 700 (nombre total de sérologies positives sur l'année, incluant les sérologies multiples). Le nombre de découvertes de séropositivité avait été estimé à 6 000 en 2003 avec un intervalle de plausibilité allant de 3 900 à 10 900, intervalle qui est proche de celui établi pour l'année 2004.

La diminution apparente du nombre de cas de sida en 2003 et 2004, plus marquée qu'au cours des années précédentes, pourrait en partie être liée à l'introduction de la notification obligatoire du VIH et au fait que les cliniciens omettent d'adresser une fiche de notification de sida lors d'une découverte de séropositivité concomitante à celle du sida. L'interprétation des tendances récentes des données de la surveillance du sida en est donc rendue difficile.

Les informations recueillies au travers des différents systèmes de surveillance indiquent que les populations les plus touchées actuellement restent les hétérosexuels d'Afrique subsaharienne et les homosexuels masculins.

Hétérosexuels d'Afrique subsaharienne

Les rapports hétérosexuels représentent en 2003-2004 le principal mode de contamination parmi les découvertes de séropositivité VIH (56 %) et parmi les cas de sida (52 %). Les personnes d'Afrique subsaharienne représentent la moitié des découvertes de séropositivité et 43 % des cas de sida chez les hétérosexuels.

La proportion d'infections récentes (≤ 6 mois) lors du diagnostic d'infection à VIH est plus faible chez les personnes d'Afrique que chez les Français, mais est néanmoins de 10 %. Par ailleurs, la proportion d'infections de sous-type B est de 18 %, alors que ce sous-type est très peu présent sur le continent africain. Ces données suggèrent que des contaminations VIH ont lieu dans la communauté africaine vivant en France.

Même si les 561 personnes d'Afrique subsaharienne ayant développé un sida en 2003-2004 ignoraient leur séropositivité dans 63 % des cas, celles ayant découvert leur séropositivité en 2003-2004 ($n = 2 084$) n'étaient à un stade sida que dans 12 % des cas (15 % chez les Français). Ces 2 populations ont des caractéristiques différentes, notamment en terme de sexe. Les Africains ayant développé un sida en 2003-2004 étaient pour 48 % d'entre eux des hommes, alors que ceux ayant découvert leur séropositivité pour 65 % des femmes. Le problème du dépistage tardif dans la population d'Afrique subsaharienne concerne donc particulièrement les hommes.

Homosexuels

La transmission du VIH se poursuit chez les homosexuels : ils représentent en 2003-2004 39 % des découvertes de séropositivité chez les hommes et ce pourcentage a augmenté entre le 1^{er} semestre 2003 (35 %) et le 2nd de 2004 (43 %). Cette augmentation, particulièrement importante à Paris, est également observée dans les autres départements, elle ne semble donc pas liée à une mise en œuvre de la notification échelonnée dans le temps selon les départements.

La proportion d'infections récentes est la plus élevée dans ce groupe (46 %), ce qui peut être le reflet d'un relâchement des comportements de prévention, observé depuis quelques années dans cette population, même si ce chiffre est aussi dépendant des pratiques de dépistage.

Ces informations viennent corroborer les résultats des enquêtes comportementales (Presse gay 2004) et de la surveillance des infections sexuellement transmissibles, qui montrent une reprise des pratiques à risque dans cette population.

Diffusion des types de virus

La proportion du VIH-2 en France parmi les découvertes de séropositivité est de 1,9 %, celle du groupe O de 0,2 % et celle des sous-types non-B de 48 %.

La proportion élevée de sous-types non-B (22 %) chez les personnes de nationalité française, et notamment chez celles récemment contaminées (26 %), indique que ces sous-types circulent dans la population française. La diffusion des sous-types non-B est importante dans la population hétérosexuelle française (33 %), mais existe aussi chez les homosexuels (13 %), particulièrement chez ceux vivants en Ile-de-France (18 %).

Activité de dépistage

L'activité de dépistage du VIH se maintient à un niveau élevé en France (4,9 millions de sérologies en 2004) et augmente régulièrement depuis 2001 (+ 4 % par an).

Le nombre de sérologies confirmées positives rapporté au nombre de sérologies réalisées a légèrement augmenté en 2004 (2,4 ‰) par rapport aux années précédentes (2,3 ‰ en 2001, 2002 et 2003). L'Ile-de-France et les Dom ont à la fois une activité de dépistage et une proportion de sérologies positives élevées. Quant à la région Paca, l'activité de dépistage y est élevée et la proportion de sérologies positives inférieure à la moyenne nationale.

REMERCIEMENTS

Nous remercions toutes les personnes qui participent à la surveillance de l'infection à VIH et du sida, notamment les biologistes, les cliniciens, l'ORS Bretagne, ainsi que les médecins inspecteurs de santé publique des Ddass et leurs collaborateurs.

RÉFÉRENCES

- [1] Institut de veille sanitaire avec la collaboration du Centre national de référence pour le VIH. Premiers résultats du nouveau dispositif de surveillance de l'infection à VIH et situation du sida au 30 septembre 2003. Bull. Epidémiol-hebd 2004; 24-25:102-10.
- [2] Cazein F, Couturier S, Pillonel J, Lot F, Semaille C. Dépistage et diagnostic du VIH dans les laboratoires en France (2001-2002). Bull. Epidémiol-hebd 2004; 24-25:111-2.
- [3] Institut de veille sanitaire. Surveillance du VIH/sida en France. Rapport n° 2, données au 31 mars 2004. Mai 2005.
- [4] Barin F, Meyer L, Lancar R, et al. Development and validation of an immunoassay for identification of recent human immunodeficiency virus type 1 infections and its use on dried serum spots. J Clin Microbiol 2005; 43:4441-7.

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 %
Etrangers	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 %).

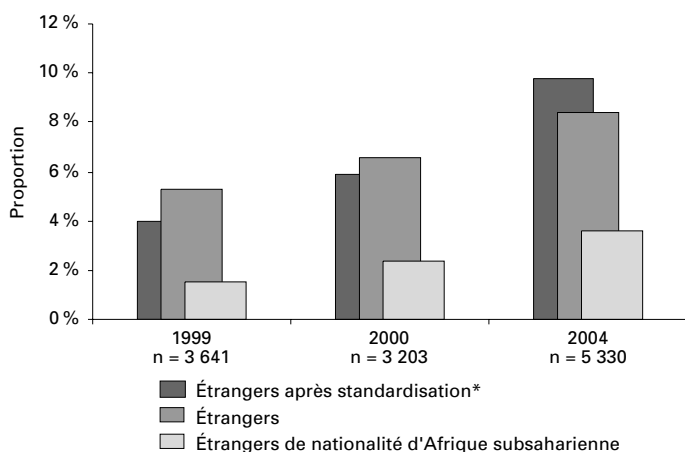
A la question leur demandant de situer leur niveau de risque vis-à-vis du VIH « par rapport aux autres », 5 % répondaient se considérer comme « plus à risque que les autres » et 20 % « moins à risque ». Les personnes d'ASS déclaraient plus souvent se considérer « sans aucun risque » (15 % contre 9 % 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 immigrés 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.

Rencontre des partenaires masculins par internet et comportements sexuels à risque, Enquête ANRS-Pressé gay 2004

Annie Velter, Alice Bouyssou-Michel, Amandine Arnaud, Caroline Semaille

Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice

CONTEXTE

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) utilisent de plus en plus internet pour rencontrer leurs partenaires sexuels. Le Baromètre gay 2002 [1], réalisé auprès des hommes fréquentant les lieux de rencontre gay, indiquait que les HSH rencontrant leurs partenaires par internet avaient une activité sexuelle plus importante que les autres et des comportements sexuels plus à risque. Des études internationales [2] relèvent également, un niveau de prises de risque sexuel élevé parmi cette population.

En 2004, alors que les données de surveillance des infections sexuellement transmissibles (IST) et des contaminations par le VIH indiquent la persistance du relâchement des pratiques préventives parmi les homosexuels masculins, l'InVS avec le soutien financier de l'Agence nationale de recherche sur le Sida (ANRS) a renouvelé l'Enquête Presse gay (EPG). Depuis vingt ans, l'EPG permet de suivre les comportements sexuels préventifs des homosexuels lecteurs de la presse gay, leurs modes de vie et de sociabilité par l'insertion de questionnaires dans la presse identitaire. Des résultats préliminaires ont été publiés dans les revues participant à l'enquête et mis en ligne sur le site de l'InVS¹ ; des analyses approfondies seront disponibles dans un prochain rapport.

L'objectif de cet article est de comparer les caractéristiques des répondants de l'EPG qui déclarent rencontrer leurs partenaires masculins par l'intermédiaire de sites internet de rencontre et ceux qui le font uniquement par d'autres moyens (bar, saunas, backrooms, lieux extérieurs de drague...) et de mettre en évidence les facteurs associés à cet usage.

MÉTHODE

La participation à l'enquête est basée sur le volontariat. En 2004, pour la première fois, deux types de supports identitaires ont été mobilisés : des titres de la presse gay et des sites internet. Le questionnaire auto-administré anonyme, de plus de cent questions, a été encarté dans 16 revues identitaires de juillet à octobre 2004. Les questionnaires ont été recueillis jusqu'en février 2005. Par ailleurs, le questionnaire a été mis en ligne sur 10 sites internet communautaires gays du 20 septembre au 31 octobre 2004. Une bannière positionnée sur la page d'accueil des sites permettait aux internautes de se connecter directement au questionnaire en ligne et de le remplir.

Le questionnaire était similaire pour les deux supports. Il collectait les caractéristiques sociodémographiques et des informations sur les modes de vie, la santé, la sexualité, les comportements sexuels préventifs avec les partenaires stables et/ou occasionnels lors des 12 derniers mois précédant l'enquête.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Stata V8.2. En analyse univariée, les comparaisons des caractéristiques des répondants selon qu'ils utilisent ou pas internet ont été faites avec le test du χ^2 avec un seuil à 0,05. L'ensemble des différences présentées étant significatives, ce seuil ne sera pas précisé dans le texte. Les facteurs indépendamment associés à l'utilisation d'internet pour rencontrer des partenaires ont été mis en évidence par une régression logistique descendante pas à pas. Le modèle final a retenu les variables au seuil de significativité de 0,05.

RÉSULTATS

Nombre de questionnaires collectés

Après validation, 6 184 questionnaires remplis par des hommes ont été analysés. Les questionnaires provenant de la presse papier représentent 77 % d'entre eux (4 749). Parmi l'ensemble des répondants, 38 % (2 281) déclarent avoir rencontré, au cours des 12 derniers mois, leurs partenaires masculins sur internet. La très large majorité de ce groupe (81 %) rencontre également des partenaires par l'intermédiaire d'autres espaces de drague plus traditionnels.

Caractéristiques socio-démographiques

Parmi les hommes qui ont eu au moins un partenaire au cours des douze derniers mois, ceux qui ont rencontré au moins un partenaire via internet sont comparés à ceux qui n'ont rencontré leur(s) partenaire(s) que par le biais d'espaces de drague

traditionnels (hors internet). Ainsi, les hommes rencontrant leurs partenaires masculins par internet sont plus nombreux à avoir répondu à l'enquête via les sites internet que les autres (41,3 % versus 13,0 %). Ils sont plus jeunes : leur âge médian est de 33,5 ans [16-79] contre 36 ans [15-92] pour les autres répondants. Leur niveau d'étude est élevé : 69,8 % ont au moins le baccalauréat contre 59,8 %. Ils habitent plus fréquemment dans une agglomération urbaine de plus de 100 000 habitants indépendamment du poids des résidents d'Ile-de-France (62 % versus 56,7 %) (tableau 1). Plus de trois quarts d'entre eux vivent seuls (77,3 % versus 65,5 %).

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques, dépistage VIH, IST, activité sexuelle des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes selon l'utilisation d'internet ou pas pour rencontrer leurs partenaires masculins, Enquête ANRS-Pressé gay 2004, France

	Utilisation d'internet pour rencontrer des partenaires		Non-utilisation d'internet pour rencontrer des partenaires		p
	Effectif	%	Effectif	%	
Âge					
Moins de 25 ans	365	16,0	414	11,1	0,000
25 ans et plus	1 815	79,6	3 181	85,3	
Non réponse	101	4,4	133	3,6	
Niveau d'étude					
Bac et moins	680	29,8	1 482	39,8	0,000
Supérieur au Bac	1 573	69,0	2 210	59,3	
Non réponse	28	1,2	36	1,0	
Taille de l'agglomération de résidence					
100 000 habitants et moins	843	37,0	1 567	42,0	0,000
Plus de 100 000 habitants	1 376	60,3	2 053	55,1	
Non réponse	62	2,7	108	2,9	
Statut sérologique VIH chez les testés					
Séronégatifs	1 278	67,0	2 280	72,7	0,000
Séro-interrogatifs	343	18,0	399	12,7	
Séropositifs	261	13,7	375	12,0	
Non réponse	25	1,3	83	2,6	
Avoir fait un test de dépistage de syphilis dans les 12 derniers mois					
Non	1 355	59,4	2 664	71,5	0,000
Oui	873	38,3	919	24,6	
Non réponse	53	2,3	145	3,9	
Avoir eu au moins une syphilis dans les 12 derniers mois					
Non	2 135	93,6	3 521	94,4	0,000
Oui	76	3,3	57	1,5	
Non réponse	70	3,1	150	4,0	
Nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois					
De 1 jusqu'à 10 partenaires	946	47,3	1 233	55,0	0,000
Plus de 10 partenaires	1 074	52,2	972	43,3	
Non réponse	10	0,5	37	1,7	
Exposition au sperme lors de la fellation avec des partenaires occasionnels					
Non	948	48,2	1 203	55,7	0,000
Oui	899	45,7	816	37,8	
Non réponse	121	6,1	139	6,4	
Au moins une pénétration anale non protégée					
Non	1 089	59,8	1 289	67,4	0,000
Oui	717	39,4	607	31,8	
Non réponse	15	0,8	15	0,8	

Tests de dépistage VIH/IST et statut sérologique

Le recours au test de dépistage VIH au cours de la vie est largement pratiqué par l'ensemble des répondants sans différence significative entre les deux populations (86 %). Cependant, les répondants rencontrant leurs partenaires par internet ont réalisé plus souvent au moins 2 tests de dépistage VIH dans les deux dernières années (34,9 % versus 26,3 %). La prévalence VIH déclarée est plus élevée parmi les hommes rencontrant leurs partenaires via internet (13,9 % [IC 95 % : 12,3-15,4] versus 12,3 % [IC 95 % : 11,1-13,4], bien que la différence ne soit pas significative. Les répondants testés, qui rencontrent leurs partenaires sur internet, se déclarent plus souvent séro-interrogatifs (18,2 % versus 13,0 %) et moins souvent séronégatifs (67,9 % versus 74,7 %). Ces séronégatifs précisent, par ailleurs, plus fréquemment avoir fait leur dernier test, confirmant leur statut, moins de six mois avant l'enquête (49,8 % versus 35,2 %). Cette démarche volontaire vis-

¹ http://www.invs.sante.fr/publications/2005/epg_resultats/premiers_resultats_epg.pdf

à-vis du dépistage se vérifie pour les IST et particulièrement la syphilis. Parmi les hommes rencontrant leurs partenaires par internet, 39,2 % ont fait un test de dépistage de la syphilis dans les 12 derniers mois contre 25,5 % pour les autres, et ils déclarent plus souvent une syphilis au cours de cette période (3,4 % versus 1,6 %).

Comportements sexuels à risque

Les hommes rencontrant leurs partenaires sur internet ont une activité sexuelle plus importante : 52,5 % indiquent avoir eu plus de 10 partenaires au cours des 12 derniers mois contre 44,1 % pour ceux n'utilisant pas internet. Ils pratiquent plus majoritairement les rapports anaux (91,6 % versus 86,1 %).

Leurs rapports sexuels avec leurs partenaires occasionnels sont moins protégés que les répondants n'utilisant pas internet pour rencontrer leurs partenaires. Ainsi, 48,6 % s'exposent ou exposent leur partenaire au sperme lors de la fellation contre 40,4 % des autres répondants. De même, 39,7 % des hommes ayant rencontré leurs partenaires via des sites internet ont eu au moins une pénétration anale non protégée au cours des 12 derniers mois contre 32,0 % parmi les autres (tableau 1). Ces prises de risque sont plus régulières : 27,7 % déclarent au moins une pénétration anale non protégée par mois contre 19,4 %.

Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes d'hommes quant aux pénétrations anales non protégées avec des partenaires occasionnels dont le statut sérologique était inconnu du répondant.

Mais les hommes rencontrant leurs partenaires par internet précisent plus souvent que les autres, des pénétrations anales non protégées pratiquées avec des partenaires séronégatifs (36,7 % versus 31,3 %) ou encore avec des partenaires séropositifs (23,3 % versus 8,7 %).

Les pénétrations anales non protégées pratiquées avec des partenaires occasionnels dont le statut sérologique VIH est concordant avec celui du répondant sont plus souvent déclarées par les hommes rencontrant leurs partenaires par internet que les autres (35,5 % versus 25,2 %).

Dans le modèle de régression logistique (tableau 2), les seuls facteurs qui restent significativement associés au fait de rencontrer des partenaires par l'intermédiaire de sites internet sont l'âge et le niveau d'étude ; le nombre de partenaires et les pratiques sexuelles à risque avec des partenaires occasionnels le sont mais de manière moindre.

Tableau 2

Facteurs associés au fait de rencontrer des partenaires masculins sur des sites internet de rencontre - Enquête ANRS-Pressé gay 2004, France (Analyses univariée et multivariée N = 2 271)

	Effectif total	Utilisation d'internet pour rencontrer des partenaires		OR [95 % IC]	OR ajusté [IC à 95 %]
		Effectif	% ^a		
Âge					
25 ans et plus	2 883	1 372	47,6	1	1
Moins de 25 ans	388	235	60,6	1,69 [1,36-2,10]	1,94 [1,55-2,43] ^b
Niveau d'étude					
Bac et moins	1 094	444	40,6	1	1
Supérieur au Bac	2 177	1 163	53,4	1,67 [1,45-1,98]	1,78 [1,53-2,07] ^b
Nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois					
Un à 10 partenaires	1 533	694	45,3	1	1
Plus de 10 partenaires	1 738	913	52,5	1,34 [1,16-1,53]	1,27 [1,10-1,47] ^c
Exposition au sperme lors de la fellation avec des partenaires occasionnels					
Non	1 770	804	45,4	1	1
Oui	1 501	803	53,5	1,38 [1,20-1,59]	1,26 [1,09-1,47] ^c
Au moins une pénétration anale non protégée avec des partenaires occasionnels					
Non	2 108	977	46,4	1	1
Oui	1 163	630	54,2	1,37 [1,18-1,58]	1,28 [1,10-1,49] ^c

^a Pourcentages des effectifs totaux

^b p<0,001, ^c p<0,01

DISCUSSION - CONCLUSION

Depuis plusieurs années, la diffusion d'internet au sein de la population vivant en France s'est accrue : en 2004 un tiers des ménages a une connexion internet [3]. Les résultats préliminaires de l'EPG 2004 indiquent que l'usage d'internet a suivi la même tendance dans la population HSH enquêtée. Depuis la dernière EPG réalisée en 2000, l'émergence d'internet comme nouvel espace de rencontre est incontestable : la fréquentation de ces cyber-sites de rencontre passe de 18 % en 2000 à 35 % en 2004². De même, la part de répondants recherchant des partenaires par internet est identique à celle du dernier Baromètre gay

2002 [1] (38 %) dont les participants ont une activité sexuelle plus importante que ceux de l'EPG. En terme de profil socio-démographique et de comportements sexuels préventifs, les résultats présentés ici sont proches des autres recherches françaises (1,4,5) et étrangères (2,6,7) réalisées sur ce sujet récemment, malgré la non-représentativité de l'enquête liée au mode de recueil.

Ainsi, les HSH rencontrant leurs partenaires via internet sont jeunes, d'un niveau d'instruction élevé. Cependant, contrairement aux autres enquêtes françaises, ils résident plutôt dans de grandes agglomérations. Ils fréquentent également de manière importante les autres espaces de rencontre communautaire où les échanges sexuels sont possibles, dans les mêmes proportions que les HSH de l'étude anglaise [6].

De même, ces hommes déclarent plus que les autres, et plus régulièrement, pratiquer des pénétrations anales non protégées avec des partenaires occasionnels, à l'image des études françaises antérieures et étrangères [2].

Cette étude permet de mettre en lumière un comportement spécifique des HSH rencontrant leurs partenaires par internet vis-à-vis du recours au dépistage. Ces hommes ont très fortement recours aux tests de dépistage du VIH ou des IST. Ils semblent donc être informés et avoir intégré les messages de prévention sur le sujet (tout particulièrement le dépistage de la syphilis).

Mais le fait qu'ils indiquent en parallèle des comportements sexuels non protégés plus fréquents, la répétition et le recours récent aux tests sont en faveur d'une stratégie de réassurance et connaissance perpétuelle de leur statut sérologique vis-à-vis du VIH et des IST.

Par ailleurs, contrairement à l'étude anglaise [6], les pénétrations anales non protégées ne sont pas plus pratiquées avec des partenaires occasionnels de statut sérologique VIH inconnu par les répondants que ceux n'utilisant pas internet pour rencontrer leurs partenaires. En revanche, le « sérotriage » des partenaires occasionnels lors de rapports anaux non protégés, semble être plus souvent mis en œuvre par ces HSH comme il est constaté dans d'autres études [4,7]. L'ensemble de ces comportements vis-à-vis du dépistage tendent à émettre l'hypothèse d'une stratégie de réduction des risques chez ces HSH.

Cependant, des limites méthodologiques doivent être soulignées. L'auto-administration du questionnaire génère des non-réponses, inhérentes à ce type d'enquête, qui peuvent être importantes selon les thématiques abordées, diminuant le nombre d'individus inclus dans le modèle final de la régression logistique³. Le groupe d'HSH rencontrant des partenaires via internet n'est pas homogène, une minorité d'HSH rencontre ses partenaires exclusivement par internet. Leur proportion est comparable à celle rapportée dans les recherches étrangères [6,7], mais n'a pas pour autant fait l'objet d'analyse particulière. Aussi, afin d'affiner la connaissance de ces différents groupes et de mettre en évidence leurs spécificités, une analyse logistique multinomiale, plus appropriée, devra être réalisée.

Au regard de l'ensemble de ces résultats, il semble indispensable de poursuivre les enquêtes de ce type online afin de toucher des groupes de HSH plus difficiles à appréhender par les méthodes d'enquêtes traditionnelles comme les jeunes ou les HSH qui utilisent internet exclusivement. Des actions préventives au cœur des sites internet de rencontre en complément de celles réalisées dans les autres lieux de dragues doivent être développées.

RÉFÉRENCES

- [1] Baromètre gay 2002: internet use and sexual risk behaviour, France. 04 Jul; XV International Conference on AIDS, Bangkok, July 2004: [abstract C6096], 2004.
- [2] Velter A, Broqua C. Gestion des risques et sexe via internet : quelle prévention auprès des homosexuels masculins ? Transcriptase 2004 ; n° 118.
- [3] Frydel Y. Un ménage sur deux possède un micro-ordinateur, un sur trois a accès à internet/. Insee Première 2005; n° 1 011.
- [4] Léobon A, Frigault LR. Les usages sociosexuels d'internet dans la population homo et bisexuelle française : résultats de l'enquête « Net Gai baromètre ». http://www.gaystudies.org/NGB_cnrs.pdf. 2004.
- [5] Adam P, De Wit J, Alexandre A. Résultats de l'enquête en ligne sur le désir au masculin : Un nouveau regard sur la prise de risques parmi les gays et ses déterminants psychologiques. <http://www.i-psr.org/documents/resultats.pdf>. 7-9-2005.
- [6] Bolding G, Davis M, Hart G, Sherr L, Elford J. gay men who look for sex on the internet: is there more HIV/STI risk with online partners? AIDS 2005; 19(9):961-968.
- [7] Murphy D, Rawstorne P, Holt M, Ryan D. Cruising and connecting online The use of internet men in Sydney and Melbourne. 2004. Sydney: National Centre in HIV Social Research, Faculty of Arts and social Sciences, The University of New South Wales. 2004.

² Les comparaisons entre les 2 enquêtes ont été réalisées uniquement sur les répondants des questionnaires de la presse écrite.

³ L'analyse des différences entre répondants et non-répondants sera réalisée ultérieurement.

Particularités de l'infection à VIH aux Antilles et en Guyane française en 2004

André Cabié¹, Marie-Thérèse Georger-Sow², Mathieu Nacher³

¹ Csih* de Martinique, centre hospitalier universitaire de Fort-de-France ² Csih* de Guadeloupe, centre hospitalier universitaire de Pointe-à-Pitre ³ Csih* de Guyane, centre hospitalier de Cayenne

INTRODUCTION

La Guadeloupe, la Martinique et la Guyane sont des départements français d'Amérique (DFA) situés au cœur de la région Caraïbe.

La prise en charge des personnes vivant avec le VIH-sida (PVVIH) est organisée dans les trois DFA autour des Csih. Des structures permettant la prise en charge ambulatoire des patients ont été mises en place dans les trois départements (hôpitaux de jour et consultations). Ces structures sont de petites tailles et leur fonctionnement ne repose que sur quelques personnes.

En avril 2003, le Conseil national du sida s'inquiétait de l'évolution du VIH-sida dans les départements d'outre-mer et demandait une amélioration du dispositif de lutte contre l'épidémie [1]. Ces difficultés à contrôler l'épidémie peuvent être expliquées par des particularités géographiques, économiques, sociales et culturelles de ces départements. L'objectif de cet article est de décrire les caractéristiques de l'épidémie de VIH/sida dans les DFA, afin de mieux comprendre les particularités de l'épidémie dans ces départements.

MATÉRIEL – MÉTHODES

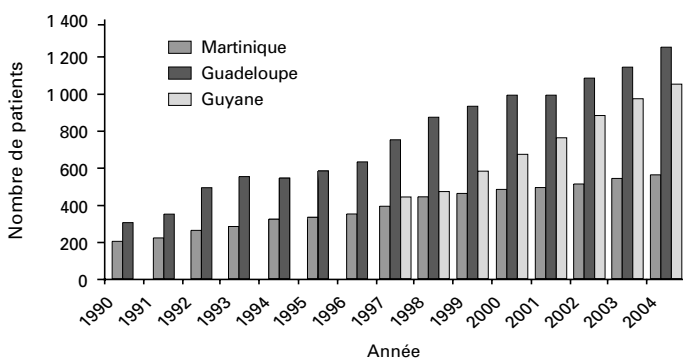
Les données présentées dans cet article sont issues des rapports d'activité des Csih des trois DFA. Ces rapports sont rédigés à partir des données de la base de données hospitalières française du VIH (French Hospital Database on HIV, FHDH, <http://www.ccd.e.chups.jussieu.fr.fhdh/>), des données de déclaration obligatoire du VIH et du sida et des bases de données propres à chaque Csih. Les données présentées concernent les patients suivis entre janvier et décembre 2004. La file active annuelle est constituée par les patients ayant eu au moins un recours hospitalier pendant la période. Les données de la FHDH sont recueillies par les techniciennes d'études cliniques des Csih. L'exhaustivité du recueil est variable selon la période et les départements. La prévalence de l'infection par le VIH chez les parturientes est estimée à partir du nombre de femmes enceintes suivies et du registre départemental des accouchements.

RÉSULTATS

En décembre 2004, 2 862 patients étaient suivis pour une infection à VIH dans les trois DFA. Soit 0,029 % de la population des DFA. L'évolution des files actives des trois départements est indiquée sur la figure 1. Nous ne disposons pas de données pour la Guyane avant 1997. La qualité du recueil des données a évolué dans le temps. Elle s'est améliorée à Saint-Laurent du Maroni depuis 2000 et à Saint-Martin depuis 2002. En Martinique, l'exhaustivité est proche de 100 % depuis 1990. Entre 1997 et 2002, la file active antillo-guyanaise a progressé de 31 % versus 8 % pour la file active nationale de la FHDH. La Guyane est le département où l'augmentation de la file active a été la plus rapide : + 138 % entre 1997 et 2004.

Figure 1

Évolution des files actives dans les trois départements français d'Amérique entre 1990 et 2004



Caractéristiques démographiques des PVVIH

Ces caractéristiques sont indiquées dans le tableau 1. Les patients des DFA sont plus âgés qu'en métropole. En 2004, les personnes âgées de plus de 50 ans représentaient 27,8 % de la file active à Fort-de-France, 32,7 % à Pointe-à-Pitre, et 17,4 % dans la FHDH (2002).

Tableau 1

Comparaison des caractéristiques démographiques des files actives des patients suivis dans les DFA en 2004, et de l'ensemble des patients français suivis en 2002 (base française de données hospitalières sur l'infection à VIH)

Secteur géographique	Saint-Martin	Guadeloupe	Martinique	Guyane	France
Population (2002) en milliers	35	400	388	173	61 425
Sites de suivi des patients vivants avec le VIH/Sida	Marigot	Pointe-à-Pitre Basse-Terre	Fort-de-France	Cayenne Kourou Saint-Laurent	France
File active (adultes)	273	975	564	1 050	40 348
Homme /femmes n (sex-ratio)	113/160 (0,7)	540/435 (1,2)	349/215 (1,6)	467/583 (0,8)	28 254/12 094 (2,3)
Nationalité	n %	n %	n %	n ¹ %	n %
France	66 24	677 69	504 89	118 20	- -
Haiti	153 56	258 26	47 8	318 54	- -
République Dominicaine	27 10	0	3 1	17 3	- -
Guyana	5 2	0	0	76 13	- -
Surinam	0	0	0	18 3	- -
Brésil	0	0	0	35 6	- -
Autre Caraïbe	19 7	35 4	4 1	0	- -
Autre	3 1	5 1	6 1	6 1	- -
Groupe de transmission du VIH	n %	n %	n %	n ¹ %	n %
Hétérosexuel	- -	593 61	395 70	506 86	15 711 38,9
Homo/bisexuel	- -	92 9	124 22	17 3	13 769 34,1
Toxicomane	- -	42 4	23 4	6 1	6 247 15,5
Autres	- -	41 4	10 2	0	3 022 4
Inconnu	- -	211 22	12 2	59 10	3 022 7,5

¹ Données pour Cayenne uniquement, file active de 588 patients en 2004.

Transmission du VIH

La transmission est sexuelle dans plus de 90 % des cas, principalement hétérosexuelle. En Martinique, des relations sexuelles entre hommes sont à l'origine de 22 % des transmissions (tableau 1). Il s'agit pour la moitié de personnes bisexuelles. Il n'y a pas ou peu de toxicomanie intraveineuse.

Migrants et infection à VIH dans les DFA

L'importance relative des patients de nationalité non française dans les différentes files actives est indiquée dans le tableau 1. La situation est très différente d'un département à l'autre. En Guyane comme à Saint-Martin, les patients de nationalité française sont minoritaires.

L'infection à VIH chez la femme enceinte

En Guyane, la séroprévalence chez les parturientes était en 2003 de 1,2 %. Elle est plus élevée chez les étrangères que chez les Françaises : 3,5 % chez les femmes de nationalité haïtienne contre 1 % chez les Françaises en 2003. A Saint-Martin la situation épidémiologique est comparable avec une prévalence estimée de l'infection à VIH chez les parturientes en 2004 de 1,7 % IC 95 = (1,0-2,8). En 2001, en Guyane, en raison de difficultés organisationnelles et logistiques, le taux de transmission materno-fœtal était très élevé (12,5 %, IC 95 = (4,7-25,2)). Il est en 2004, comme à Saint-Martin égal à 0, IC 95 = (0-7,7) à Cayenne et IC 95 = (0-25,3) à Saint-Martin. En 2004, 28 enfants infectés par le VIH ont été suivis à Cayenne.

Pathologies opportunistes et co-infection

Les infections opportunistes ne sont pas les mêmes en Guyane que dans le reste des DFA et de la France. A Cayenne en 2004, les infections indicatrices de sida les plus fréquentes étaient la tuberculose (9 cas), l'histoplasmosse disséminée (8 cas) et la

* Centre d'informations et de soins de l'immunodéficience humaine.

pneumocystose (7 cas), alors qu'à Fort-de-France il s'agissait de la candidose œsophagienne (9 cas), la toxoplasmose (6 cas) et la pneumocystose (5 cas). En Martinique et en Guadeloupe, la co-infection par le virus de l'hépatite C représente 8 % des files actives. Cette proportion était de 24, 3 % dans l'enquête nationale de juin 2004 [2].

La co-infection par le virus de l'hépatite B et le virus HTLV1 représentent aux Antilles moins de 5 % des files actives.

Stade clinique et prise en charge thérapeutique

La répartition selon le stade clinique, la proportion de patients traités par antirétroviraux, les principaux traitements utilisés et l'efficacité de ces traitements sont indiqués dans le tableau 2. La multithérapie antirétrovirale la plus souvent utilisée dans les trois DFA, de même qu'en métropole en 2002, est l'association abacavir, lamivudine, zidovudine. Il s'agit de la combinaison efficace la plus simple disponible en 2004. Pour les autres combinaisons, les stratégies divergent entre les DFA : inhibiteurs non nucléosidiques à Saint-Martin et en Guyane (comme en métropole en 2002) et inhibiteurs de protéase en Martinique et en Guadeloupe. Sur les quatre files actives étudiées (2 168 patients), 75 % (1 619) des patients ont reçu des antirétroviraux en 2004. Cette proportion était de 76 % en France en 2002 [3]. En Martinique, 20 % des patients non traités le sont pour des difficultés d'accès aux soins. Une première moitié en raison d'une désocialisation induite par des conduites addictives (alcoolisme, toxicomanie au crack), l'autre moitié en raison de la crainte du rejet et de la discrimination que pourraient entraîner une rupture de confidentialité de l'entourage ou des soignants.

Tableau 2

Stade clinique et prise en charge thérapeutique des patients dans les DFA, 2004						
	Saint-Martin Guadeloupe		Pointe-à-Pitre Guadeloupe		Fort-de-France Martinique	Cayenne Guyane
	n	%	n	%	n	%
File active 2004 (nombre de patients)	273		743		564	588
Stade clinique en 2004						
A	161	59	357	48	327	58
B	41	15	156	21	68	12
C	71	26	230	31	169	30
Données non disponibles						
Patients traités n (%)	175	64	557	75	417	74
Proportion de patients avec une charge virale inférieure à 400 copies/ml	216	79	nd		423	75
Proportion de patients avec une charge virale inférieure à 50 copies/ml	164	60	nd		389	69

Dépistage et déclaration obligatoire du VIH

En 2002, les données de la FHDH montraient qu'il existait un retard de prise en charge dans les DFA : odds ratio pour une prise en charge tardive entre Métropole et DFA à 1,3 IC 95 (1,2-1,5) [3]. Entre mars 2003 et septembre 2004, en France, 5 193 nouveaux diagnostics d'infection à VIH ont été déclarés. 13, 4 % des patients étaient au stade de sida. Le nombre de cas et la proportion de sida étaient de 121 et 13,2 % en Guadeloupe, 89 et 8,9 % en Martinique, et 183 et 15,3 % en Guyane.

Nouveaux cas de sida et décès

Le taux d'incidence du sida pour 100 000 habitants est beaucoup plus élevé dans les DFA que dans le reste du territoire français : Guyane : 38,6 ; Guadeloupe : 7,6 ; Martinique : 6,7. Ce taux est, en France métropolitaine, de 2,3. Après la baisse observée en 1996 et 1997, le nombre de décès annuel s'est stabilisé : 28 décès en Guadeloupe et en Martinique, 18 décès à Cayenne. Il s'agit majoritairement de patients non suivis régulièrement et non traités, ou dépistés trop tardivement.

DISCUSSION-CONCLUSION

Depuis le milieu des années 1980, l'épidémie de VIH-sida se propage dans la région caraïbe par voie sexuelle, principalement hétérosexuelle. Les caractéristiques démographiques montrent qu'il s'agit d'une infection sexuellement transmissible sans véritable groupe à risque individualisable et touchant l'ensemble de la population des DFA. La progression de la file active, l'incidence du sida et la séroprévalence chez les parturientes supérieures à 1 %, montrent que l'épidémie est généralisée en Guyane, et à Saint-Martin. L'augmentation importante de la file active guyanaise peut s'expliquer en partie par l'amélioration de la qualité du recueil des données. Ailleurs l'épidémie est plus contenue.

Le rejet des malades, la discrimination et l'exclusion représentent toujours en 2005, dans les DFA, un frein majeur, au dépis-

tage précoce, à l'accès au soins et donc à un contrôle de l'épidémie [4,5]. La précarisation des populations vulnérables (toxicomanes, prostitués, étrangers en situation irrégulière...) est nettement accentuée par l'infection à VIH.

En Guyane, selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), près de 30 % de la population est de nationalité étrangère. Or cette population représente 80 % de la file active à Cayenne. Il semble y avoir peu de migration pour soins, le motif principal étant d'ordre économique. La prise en charge de ces patients est particulièrement difficile en raison d'une grande précarité, des difficultés de régularisation des situations administratives et des obstacles culturo-linguistiques. Afin de remédier à ces difficultés, des médiateurs culturels ont été formés en Guyane et un médiateur est en poste à l'hôpital de Cayenne depuis 1999.

L'homophobie, institutionnalisée dans certains pays de la région, est vécue au quotidien par les patients homosexuels et bisexuels entraînant un repli sur soi-même et donc une exclusion de la prévention, du dépistage et de la prise en charge.

L'ensemble des antirétroviraux disponibles en France métropolitaine l'est aussi dans les trois DFA. Cependant l'accès aux nouveaux antirétroviraux est rendu difficile par le refus des firmes pharmaceutiques de faire participer nos centres aux essais de phase II/III, par la lenteur des procédures d'autorisation temporaire d'utilisation nominative, et par les difficultés financières des hôpitaux. En plus des obstacles habituels à l'observance thérapeutique, les soignants rencontrent, dans les DFA, des difficultés liées à la langue, aux particularités socio-culturelles, aux représentations magico religieuses du corps et de la maladie, et au rejet, à la stigmatisation et à l'isolement des patients. Depuis 2002, où de moins bons résultats thérapeutiques étaient observés dans les DFA par rapport à la métropole [3], de nets progrès ont été effectués. La proportion de patients traités et les résultats virologiques se rapprochent de ceux de la métropole. Des consultations d'observance assurées par des infirmières ont été mises en place en Martinique et à Saint-Martin (en 2002), et les stratégies thérapeutiques ont été réévaluées et modifiées en Guyane (2003).

Malgré l'effort entrepris au cours des années 1990, les DFA souffrent toujours d'un retard structurel important. Certains centres hospitaliers connaissent de grandes difficultés financières et les moyens humains sont nettement insuffisants dans les trois départements, ce qui contraint les équipes à travailler en sous-effectif permanent. Le taux très élevé de transmission materno-fœtal observé en Guyane en 2001 en est une illustration.

De notre point de vue, le contrôle de l'infection par le VIH dans les DFA et la région caraïbe au cœur de laquelle sont situées ces départements, passe d'une part par un engagement politique plus fort de l'Etat et des collectivités territoriales et, d'autre part par une modification de la perception sociale de l'infection à VIH et des personnes infectées par ce virus.

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient tous les professionnels de santé impliqués au quotidien auprès des patients pour lutter contre l'épidémie de VIH-sida dans la région caraïbe. Ils remercient tout particulièrement les techniciennes d'études cliniques qui par leur travail minutieux et parfois ingrat, nous ont permis de présenter ses données. Il s'agit de Emelyne Duvalon, Ketty Samar et Véronique Walter en Guadeloupe, de Sergine Soyon et Karine Vérin en Guyane, et de Véronique Beaujolais et Régine Dupin de Majoubert en Martinique.

RÉFÉRENCES

- [1] Conseil national du sida. Repenser la politique de lutte contre le VIH/Sida dans les départements d'outre-mer, rapport suivi de recommandations, 11 mars 2003.
- [2] Larsen C, Pialoux G, Salmon D, Antona D, Piroth L, Le Strat Y, Pol S, Rosenthal E, Neau D, Semaille C, Delarocque-Astagneau E. Prévalence des co-infections par les virus des hépatites B et C dans la population VIH+, France, juin 2004. BEH 2005; 23:109-12.
- [3] Delfraissy J-F. Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH. Rapport 2004. 2004 ; Médecine-Science Flammarion.
- [4] Lewden C, Sobesky M, Cabié A, Couppié P, Boulard F, Bissuel F, May T, Morlat O, Chêne G, Lamaury I, Salmon D et le groupe Mortalité 2000. Cause de décès des adultes infectés par le VIH dans les départements français d'Amérique à l'ère des traitements antirétroviraux hautement actifs. Med Mal Infect 2004; 34:286-92.
- [5] Nacher M, El Guedj M, Vaz T, Nasser V, Randrianjohany A, Alvarez F, Sobesky M, Magnien C, Couppié P. Risk factors for late HIV diagnosis in French Guiana. AIDS 2005; 19(7):727-9.

Les patients vivant avec le VIH-sida dans les départements français d'Amérique : résultats de l'enquête ANRS-VESPA, 2003

Kim Bouillon¹, France Lert¹, François Michelot¹, Annie Schmaus¹, Bruno Spire², Rosemary Dray-Spira¹

¹ Inserm U687-IFR69, Saint-Maurice ² InsermU379-Observatoire régional de la santé Paca, Marseille

L'aire géographique française Antilles-Guyane avec près d'un million d'habitants connaît le taux le plus élevé d'incidence du sida en France. Les quatre territoires qui la composent ont cependant des configurations démographiques [1], sociales et culturelles différentes tenant à l'histoire et à leur position géographique. L'immigration est forte en Guyane et à Saint-Martin et dans une moindre mesure en Guadeloupe, mais très faible en Martinique. La Guyane a une population nettement plus jeune et plus pauvre que les autres territoires. Malgré sa petite taille, Saint-Martin avec son régime administratif et économique particulier - désormais territoire autonome - l'absence de frontières physiques entre les parties françaises et hollandaises, et l'importance de sa population immigrée doit être considéré isolément. L'accès aux soins est régi par les mêmes principes et les mêmes dispositifs que dans les autres régions de France en terme de couverture sociale, mais l'offre de soins est moins dense qu'en métropole [2]. Concernant le VIH-sida, les départements français d'Amérique (DFA) sont une région prioritaire dans la politique nationale de lutte contre le sida, avec des programmes propres de prévention. Cependant, le contexte social général conduit à majorer les obstacles à la prévention, les difficultés d'accès aux soins ou les prises en charge de longue durée. Ainsi, les données de la surveillance épidémiologique mettent en évidence un phénomène de retard au diagnostic plus marqué qu'en métropole, une absence de traitement chez des personnes pourtant diagnostiquées, et une fréquence accrue de l'échec thérapeutique, notamment en Guyane [3,4].

La réalisation de l'enquête ANRS-EN13-Vespa dans la région Antilles-Guyane permet de dresser un tableau de la situation des personnes vivant avec le VIH, diagnostiquées et suivies dans l'ensemble des services spécialisés et de compléter les observations émanant des dispositifs de surveillance. On s'attachera dans cet article à décrire de façon détaillée la situation sociale des personnes vivant avec le VIH en 2003, à identifier les similarités et les différences entre les territoires et à caractériser les facteurs associés au dépistage tardif et à l'échec thérapeutique.

POPULATION

Vespa est une enquête transversale réalisée dans tous les services prenant en charge les patients infectés par le VIH dans les DFA, pour atteindre un échantillon de 15 % de la file active estimée. Tous les patients venant en consultation externe ou en hôpital de jour étaient éligibles pour l'enquête s'ils étaient majeurs, dépistés depuis plus de 6 mois, infectés par le VIH1 et, pour les étrangers, soignés dans le service depuis plus de six mois. Le questionnaire était administré par des enquêtrices en français, en créole ou dans les langues des noirs marron en Guyane et en anglais à Saint-Martin. Les patients recevaient un bon d'achat de 15 euros. Un échantillon complémentaire de patients hospitalisés pour leur maladie VIH a été interrogé pour rendre compte des patients pas ou peu suivis et est analysé séparément. Le projet a été approuvé par la Cnil et a reçu le label d'intérêt général du Conseil national de l'information statistique.

Les fréquences sont calculées avec une pondération de l'échantillon par l'inverse de la fréquence du nombre de consultations des répondants pour tenir compte de la probabilité de tirage au sort. Les analyses statistiques sont réalisées sur les données pondérées. Les associations sont étudiées par le test du chi2 ou le test exact de Fisher. Des modèles de régression

logistique sont utilisés pour étudier le retard au dépistage et l'échec thérapeutique. L'analyse statistique est effectuée par le logiciel Stata 9.

RÉSULTATS

Participation

Parmi les 1 334 patients éligibles, 694 ont été tirés au sort : 51 ont été exclus en raison de problèmes médicaux, cognitifs ou psychologiques sévères appréciés par le médecin, 239 ont refusé de participer et 404 personnes (62,8 %) ont été interrogées, dont 398 avaient un questionnaire complet et sont incluses dans les analyses. Le taux de participation est plus faible en Guyane que dans les autres départements et plus faible entre 40 et 59 ans que dans les autres groupes d'âge ; il n'y a pas de différence par sexe ou en fonction du taux de CD4. La répartition de l'échantillon par département est la suivante : 139 en Guadeloupe, 139 en Guyane, 90 en Martinique et 30 à Saint-Martin.

Profil démographique (tableau 1)

Les territoires apparaissent hétérogènes quant à la structure socio-démographique de la population vivant avec le VIH. Les hommes dominent en Martinique et Guadeloupe, alors que c'est l'inverse à Saint-Martin et en Guyane. L'âge médian est de 43 ans, variant de 41 ans en Martinique à 46 ans en Guadeloupe. Plus d'un quart des patients ont plus de 50 ans. Alors que les étrangers sont très peu nombreux en Martinique, ils représentent près d'un quart des personnes atteintes en Guadeloupe, sont légèrement majoritaires en Guyane (53 %) et largement à

Tableau 1

Personnes vivant avec le VIH sida aux Antilles et en Guyane, données sociodémographiques, résultats pondérés, 2003

	Total (n = 398)	Martinique (n = 91)	Guadeloupe (n = 138)	Guyane (n = 139)	Saint-Martin (n = 30)	P
Âge (median, IQR)	43 [37; 51]	41 [35; 47]	46 [38; 55]	44 [35; 51]	42 [37; 53]	
Effectif brut	N (% ^a)	N (% ^a)	N (% ^a)	N (% ^a)	N (% ^a)	
Âge						
< 30	9.6	12.1	4.3	13.4	9.1	
30-39	26.1	29.7	23.1	26.8	25.8	
40-49	36.3	37.9	38.1	33.6	34.9	
>= 50	28.0	20.3	34.5	26.1	30.3	0.218
Sexe						
Hommes	52.5	56.1	63.6	41.1	43.9	
Femmes	47.5	43.9	36.4	58.9	56.1	0.002
Nationalité						
Française	59.0	92.2	75.7	29.1	21.2	
Haitienne	27.5	6.9	18.2	44.3	54.6	
Autre	13.5	0.9	6.1	26.6	24.2	< 0.0001
Niveau scolaire						
Pas de scolarité/primaire	37.9	14.5	37.7	47.4	65.2	
Collège	39.8	49.9	45.0	33.2	16.6	
Lycée ou plus	22.3	35.6	17.4	19.4	18.2	< 0.0001
Emploi						
Inactif	61.6	59.0	67.1	59.2	54.6	
Actif	38.4	41.0	32.9	40.8	45.4	0.407
Allocataire de minima sociaux	36.0	37.4	41.0	35.1	13.6	0.032
Logement						
Propriétaire	26.4	25.0	39.8	14.7	22.7	
Locataire	55.2	50.1	49.4	61.4	68.2	
Autre	18.4	24.9	10.8	23.9	9.1	< 0.0001
Vie de couple						
Couple non cohabitant	14.1	17.6	17.0	11.0	4.6	
Couple cohabitant	30.2	30.4	23.3	34.4	42.4	
Seul	55.7	52.0	59.7	54.6	53.0	0.160
Alcool						
Abstinent	49.5	26.1	56.1	54.1	68.2	
Consommateur modéré	40.7	57.7	32.2	41.9	22.7	
Dépendant	9.8	16.2	11.7	4.0	9.1	< 0.0001
Usage de drogues illicites	11.6	7.2	10.3	15.7	12.1	0.259

^a % pondéré.

Saint-Martin (79 %). La plupart de ces étrangers vivaient sur le territoire français au moment du diagnostic de la séropositivité (76 % depuis plus de 3 ans), 85 % avaient plus de 5 ans de résidence au moment de l'enquête, et 14 % sont sans titre de séjour. Sur l'ensemble des répondants, 35 % vivent seuls dans leur logement, proportion beaucoup plus élevée chez les hommes (48 %) que chez les femmes (21 %). La majorité des répondants ne déclarent pas de relation stable (56 %), 14 % ont un partenaire régulier avec lequel ils ne cohabitent pas, 30 % vivent en couple, cette proportion est plus élevée en Guyane et à Saint-Martin.

Situation sociale (tableau 1)

Le niveau éducatif est relativement bas, et à peine plus d'une personne sur cinq a suivi une scolarité au lycée ou au-delà. Le niveau d'étude apparaît plus élevé en Martinique. La majorité (62 %) des personnes sont sans activité professionnelle, avec peu de variation entre les territoires (de 55 % à Saint-Martin à 67 % en Guadeloupe). La moitié (52 %) des personnes inactives souhaitent retravailler. D'une façon générale, le parcours professionnel jusqu'au moment de l'enquête est marqué par la précarité (alternance d'emploi et de chômage pour 25 %, emploi uniquement dans le secteur informel au cours de la vie : 24 %). Les parcours sont contrastés entre les territoires : la situation est meilleure pour les différents indicateurs pour les patients martiniquais et marquée par une très forte précarité et l'emploi dans le secteur informel pour les patients de Saint-Martin (trois sur 4 n'ont connu que la précarité). Au moment de l'enquête, parmi les actifs, le travail dans le secteur informel domine à Saint-Martin et concerne un actif sur 3 en Guyane.

Cette situation à l'égard de l'emploi retentit sur les niveaux de ressources et les conditions de logement. Plus d'un tiers reçoivent le Revenu minimum d'insertion (RMI) ou l'Allocation adulte handicapé (AAH) avec moins d'allocataires à Saint-Martin. Interrogés sur l'appréciation de leurs ressources avec des questions extraites de l'enquête Conditions de vie des ménages, de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), 28 % disent que « ça va », 27 % que « c'est juste » et 45 % déclarent des difficultés financières importantes, avec une plus grande vulnérabilité économique des patients de Saint-Martin (deux sur 3 sont en difficulté) s'opposant ici encore aux patients martiniquais dont moins d'un tiers (31 %) sont dans cette situation. Les privations par manque d'argent, notamment alimentaires, sont plus importantes en Guyane. On note dans chaque département, que la proportion de personnes « à l'aise » est voisine en population générale et parmi les patients, mais que ceux en difficultés financières sont beaucoup plus nombreux parmi les personnes vivant avec le VIH (45 % parmi les patients, 34 % en population générale)[5].

En lien avec cette situation sociale, plus d'un quart des logements manquent d'un ou plusieurs éléments de confort essentiels (habitation en dur, eau courante, électricité, WC, douche, réfrigérateur), mais ces conditions précaires concernent 4 patients sur dix à Saint-Martin et en Guyane. Seuls 4 patients sur 10 peuvent bénéficier d'un véhicule dans ces territoires, où les transports collectifs sont peu organisés.

Pour différentes variables rendant compte de la situation sociale, les femmes sont en situation plus défavorable que les hommes : elles sont moins souvent actives, plus souvent cantonnées dans les emplois du secteur informel si elles travaillent et plus désireuses de retravailler si elles sont inactives. Elles rapportent aussi beaucoup plus de difficultés financières (54 % vs 38 % se disent en difficultés financières ; 28 % vs 18 % disent ne pas pouvoir manger au moins un jour sur deux du poisson ou de la viande pour des raisons financières, 35 % vs 22 % disent vivre dans un ménage contraint à sauter des repas complets faute d'argent).

La consommation de drogues illicites dans les 12 mois concerne 12 % des personnes avec peu de variation entre les territoires (tableau 1). En matière d'alcool, 50 % se déclarent abstinents et

Tableau 2

Personnes vivant avec le VIH/sida aux Antilles et en Guyane, caractéristiques de l'infection VIH, résultats pondérés, 2003

	Total (n = 398)	Martinique (n = 91)	Guadeloupe (n = 138)	Guyane (n = 139)	Saint-Martin (n = 30)	p
Année de diagnostic (médiane-IQR)	1997 (1993-2000)	1994 (1990-1999)	1996 (1992-2000)	1999 (1995-2001)	1997.5 (1994-2000)	
Âge au diagnostic (médiane, IQR)	36 (28, 44)	32 (25, 37)	38 (30, 46)	38 (31, 44)	35.5 (32, 43)	
Effectif brut	N (% ^a)	N (% ^a)	N (% ^a)	N (% ^a)	N (% ^a)	
Mode de transmission						
Rapports homosexuels	13.7	25.5	17.8	4.0	4.6	
Rapports hétérosexuels	80.9	72.2	71.9	92.4	95.4	
Autres modes	5.4	2.3	10.3	3.6	0	< 0.0001
Sida	25.4	27.4	26.3	24.0	21.2	0.98
Traitement antiretroviral						
Naïf	9.9	11.3	9.8	9.2	9.1	
Traitement arrêté	15.8	20.6	16.7	12.7	12.1	
Traitement en cours	74.3	68.1	73.5	78.1	78.8	0.10
Délai depuis la dernière consultation						
< = 6 mois	92.1	91.7	91.8	91.3	98.5	
> 6 mois	7.9	8.3	8.2	8.7	1.5	0.73
N. de consultations dans les 12 mois						
1 ou 2	8.8	18.3	10.0	3.4	0	
3 à 6	71.5	70.2	86.1	53.9	89.4	
> = 12	19.7	11.5	3.9	42.7	10.6	< 0.0001
Hospitalisation depuis le diagnostic	22.6	21.9	21.9	22.1	30.3	0.70
Infection VHC	2.6	3.6	4.1	1.0	0	0.50
CD4/ml au dernier bilan connu (n = 398)						
< = 200	19.4	15.0	17.2	23.3	24.2	
201-350	31.4	27.8	29.9	31.7	47.0	
351-500	23.1	17.4	23.6	26.5	22.7	
> 500	26.2	39.9	29.3	18.5	6.1	0.03
Charge virale au dernier bilan connu						
CV < 400 copies	49.5	55.1	47.2	43.6	69.7	
CV ≥ 400 copies	50.5	44.9	52.8	56.4	30.3	0.13

^a % pondéré.

10 % sont dépendants au regard du DETA², l'abus d'alcool est plus fréquent en Martinique. Les femmes sont beaucoup moins consommatrices d'alcool et de drogues.

Caractéristiques médicales (tableau 2)

L'année médiane de diagnostic de la séropositivité de cette population était 1997 : 1994 en Martinique, 1996 en Guadeloupe, 1997 à Saint-Martin et 1999 en Guyane. L'âge médian au diagnostic (36 ans sur l'ensemble de l'échantillon) est plus bas en Martinique et à Saint-Martin et 16 % ont été diagnostiqués après 50 ans. L'année médiane au diagnostic est plus tardive chez les femmes (1998 vs 1996) et elles sont plus jeunes au moment du diagnostic (34 ans au lieu de 38 en médiane). La plupart des transmissions sont hétérosexuelles, néanmoins 26 % des cas martiniquais et 18 % des cas guadeloupéens résultent de rapports sexuels entre hommes (proportions très faibles dans les deux autres territoires). Les quelques 10 % de cas dus à la consommation de drogue se concentrent presque exclusivement en Guadeloupe. Dans l'ensemble de l'échantillon, 25 % ont eu une maladie classante pour le stade C (sida), 3 % sont coinfectés par le VHC.

Facteurs associés au dépistage tardif (tableau 3)

Le dépistage tardif a été défini comme le stade C ou un taux de CD4 inférieur à 200 dans l'année du dépistage ou la suivante. Cette analyse a été limitée aux personnes diagnostiquées depuis 1996 (n = 232). Douze pour cent n'ont pas les informations nécessaires pour caractériser la progression de l'infection au moment du diagnostic, les autres se répartissent à part égale entre dépistage tardif ou non. En analyse unidimensionnelle, l'âge, la nationalité haïtienne, un faible niveau d'éducation et l'absence de relation stable sont associés à un retard au dépistage au seuil de 0.05. En analyse multidimensionnelle, la nationalité haïtienne, le fait d'avoir des enfants et d'être dans une relation stable sont associés à un moindre risque de retard au dépistage. On observe aussi un effet d'âge, les moins de 30 ans tendant à être diagnostiqués plus tôt que les patients plus âgés.

Le traitement et les facteurs associés à l'échec thérapeutique (tableau 2)

Au moment de l'enquête, le taux médian de CD4 au dernier bilan connu était de 325 (IQR : 202-485). Les patients ayant plus de 350 CD4 varient de 57 % en Martinique, 53 % en Guadeloupe, 45 % en Guyane et 29 % à Saint-Martin, sans différences entre

² DETA (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool) : questionnaire de 4 questions visant à identifier les consommateurs d'alcool à risque de dépendance.

hommes et femmes. Soixante-quatorze pour cent sont en traitement, presque tous par HAART (*Highly Active Antiretroviral Therapy*), 10 % sont naïfs de tout traitement antirétroviral, 16 % ont arrêté, sans différence entre les territoires. La moitié seulement des patients ont une charge virale non détectable avec des variations selon les territoires. La plupart viennent à l'hôpital trois à six fois par an, la fréquentation hospitalière est plus importante en Guyane où 43 % des patients déclarent une visite mensuelle.

L'étude de l'échec thérapeutique, défini par un taux de CD4 inférieur à 200 et une charge virale supérieure à 400 copies, a été réalisée parmi les patients traités par HAART depuis au moins 6 mois (n = 257). 79 % étaient classés comme hautement observants et 12 % étaient en échec thérapeutique. En analyse unidimensionnelle, l'échec thérapeutique est associé à une maladie plus avancée lors de la mise sous traitement et à une moins bonne observance, mais aussi à la nationalité haïtienne et à l'usage de drogues illicites. Ces associations sont confirmées dans l'analyse multivariée.

Tableau 3

	Facteurs associés au retard au dépistage parmi les patients diagnostiqués à partir de 1996 n = 204	
	Univarié OR (IC 95 %)	Multivarié OR (IC 95 %)
Département		
Saint-Martin	1,52 (0,46 - 4,99)	0,96 (0,23 - 3,97)
Guadeloupe	1	1
Martinique	0,61 (0,26 - 1,42)	0,72 (0,27 - 1,91)
Guyane	0,73 (0,38 - 1,43)	0,61 (0,28 - 1,36)
Année de diagnostic		
1996-1997	1	1
1998-1999	1,02 (0,44 - 2,38)	1,21 (0,45 - 3,25)
2000-2001	0,72 (0,32 - 1,63)	0,74 (0,29 - 1,89)
2002-2003	1,14 (0,45 - 2,84)	1,33 (0,45 - 3,97)
Âge au diagnostic		
< 30	1	1
30-39	3,13 (1,36 - 7,24)	3,71 (1,51 - 9,10)
40-49	2,75 (1,20 - 6,26)	2,38 (0,85 - 6,66)
> = 50	3,80 (1,58 - 9,16)	2,90 (0,99 - 8,51)
Genre		
Homme homosexuel	0,40 (0,15 - 1,11)	0,39 (0,10 - 1,43)
Homme hétérosexuel	1	1
Femme	0,85 (0,46 - 1,55)	1,09 (0,52 - 2,30)
Nationalité		
Française	1	1
Haïtienne	2,46 (1,28 - 4,73)	2,86 (1,03 - 7,92)
Autre	1,18 (0,58 - 2,41)	1,84 (0,71 - 4,72)
Niveau scolaire		
Pas de scolarité/primaire	2,78 (1,25 - 6,23)	0,98 (0,39 - 2,49)
Collège	2,11 (0,92 - 4,85)	2,07 (0,90 - 4,79)
Lycée ou plus	1	1
Statut d'emploi au diagnostic		
Emploi déclaré	1	1
Emploi informel	1,63 (0,71 - 3,71)	1,52 (0,56 - 4,10)
Inactivité	1,70 (0,86 - 3,39)	1,76 (0,82 - 3,78)
Logement personnel au diagnostic		
Oui	1	1
Non	0,95 (0,50 - 1,80)	1,03 (0,49 - 2,20)
Relation de couple au diagnostic		
Non	1	1
Oui	0,32 (0,17 - 0,58)	0,31 (0,16 - 0,60)
Enfants avant le diagnostic		
Non	1	1
Oui	0,76 (0,43 - 1,36)	0,36 (0,17 - 0,75)

DISCUSSION

La petite taille de l'échantillon tient à la taille totale de la file active des cas diagnostiqués et suivis aux Antilles et en Guyane et limite la possibilité de mener des analyses statistiques détaillées pour comprendre les phénomènes à l'échelle de territoires dont les dynamiques épidémiologiques diffèrent en lien avec des différences démographiques [1].

L'enquête à l'hôpital, de plus en consultations externes, dans le contexte de dépistage tardif et de suivi irrégulier, tend à sous-représenter les personnes non ou peu suivies et de ce fait plus sévèrement atteintes : la proportion de patients tirés au sort mais non sollicités par les médecins pour des raisons de santé ou de non maîtrise des langues proposées est plus élevée parmi les patients ayant moins de 200 CD4/ml.

L'hétérogénéité des DFA vis-à-vis de l'infection VIH observée dans les données de l'enquête corrobore les informations émanant de la surveillance épidémiologique et du suivi des patients par la FHDH [6]. Avec cette hétérogénéité, les profils démographiques et sociaux des personnes vivant avec le VIH aux Antilles et en Guyane se différencient de la France métropolitaine [7] : la comparaison met en évidence une plus grande vulnérabilité des personnes vivant avec le VIH qui reflète la situation de la population générale.

Les facteurs associés au retard au dépistage caractérisent la situation familiale (avoir des enfants ou être en couple au diagnostic) comme si cette situation augmentait les chances d'être testé. Les Haïtiens apparaissent aussi plus concernés. On ne trouve pas de différence entre territoires, ni entre hommes et femmes contrairement à d'autres études [3]. La proportion de patients dépistés à un stade avancé de la maladie est plus élevée qu'en métropole parmi les hétérosexuels aussi bien migrants que français. A la différence de la métropole, le genre et l'immigration ne sont pas liés au dépistage tardif et les personnes en couple apparaissent moins à risque que les personnes seules. [8].

La proportion des personnes traitées parmi les personnes diagnostiquées est plus basse qu'en métropole (74 % vs 83 %), en raison principalement d'interruptions de traitements ; celles-ci apparaissent liées plutôt à des facteurs comportementaux qu'à des marqueurs de pauvreté. La proportion de patients non traités dans le petit échantillon d'hospitalisés (n = 41) est aussi très élevée (51 %).

Le taux d'échec thérapeutique est aussi plus élevé qu'en métropole (12,3 % vs 5,2 %) et ce même en tenant compte de l'état immunitaire à la mise sous HAART plus détérioré dans les DFA qu'en métropole (taux médian de CD4, 175 et 224). Il doit être interprété en lien avec le retard au dépistage et à la mise sous traitement. Les Haïtiens apparaissent plus à risque. On observe ainsi une plus grande difficulté à mettre en place et à maintenir les traitements. S'il n'apparaît pas dans les analyses d'associations fortes avec des facteurs sociaux, il peut y exister un impact global de la vulnérabilité sociale ou de facteurs culturels mal pris en compte dans l'enquête Vespa.

CONCLUSION

Les caractéristiques sociales des personnes séropositives aux Antilles et en Guyane reflètent l'hétérogénéité des départements français d'Amérique et leurs traits spécifiques par rapport à la situation métropolitaine, notamment leur situation sociale et économique. De plus, il existe vraisemblablement dans chaque département, des phénomènes plus circonscrits que l'enquête, en raison de son manque de puissance, ne permet pas de saisir et de décrire, notamment des traits propres à certaines communautés ou groupes (Haïtiens, noirs marron, homosexuels masculins ou usagers de crack). Le retard au dépistage apparaît un élément clé de la situation épidémiologique. Il semble lié à l'isolement, ce que la confrontation avec l'enquête KABP réalisée en 2004 dans les DFA permettra d'éclairer. Enfin, les résultats observés sur les traitements (moins de traitement en cours, moins de résultats favorables) sans lien clairement établi avec les facteurs socio-économiques suggère des phénomènes culturels dans le vécu de la maladie dans les DFA et dans les rapports entre les personnes atteintes et les équipes soignantes que l'étude qualitative réalisée dans les services permettra d'éclairer.

RÉFÉRENCES

- [1] Insee. Les projections de population en Antilles et Guyane à l'horizon 2030. 2005.
- [2] Bazely P, Cateau C. État de santé et offres de soins dans les départements d'outre-mer. Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, 2001, Drees, Études, 14.
- [3] Nacher M, El Guedj M, Vaz T, Nasser V, Randrianjohany A, Alvarez F, Sobesky M, Magnien C, Couppié P. Risk factors for late diagnosis in French Guiana. *AIDS* 2005;19:727-728.
- [4] InVS. Données de déclaration de cas de sida pour les départements français d'Amérique au 30 septembre 2004.
- [5] Antiane. Comment les familles perçoivent leur niveau de vie. Insee, 2005, 62.
- [6] Lanoy E, Mary-Krause M, Tattevin P et al. Predictors of losses to follow-up among HIV-seropositive patients in HAART era: critical role of a recent HIV diagnosis *Journal of Clinical Epidemiology*, sous presse.
- [7] Lert F, Dray-Spira R, Sitta R et al. Premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa auprès de personnes vivant avec le VIH/sida. *Revue d'Epidémiologie et de santé publique*, 2005, 53:79-85.
- [8] Delpierre C, Dray-Spira R, Cuzin L, Marchou B, Massip P, Lang T, Lert F. Correlates of late diagnosis in France. Implications for testing policy. (en préparation).

Vie de couple, vie sexuelle et prévention chez les hétérosexuels vivant avec le VIH-sida aux Antilles et en Guyane. Résultats de l'enquête ANRS-Vespa, 2003

Virginie Masse¹, Rosemary Dray-Spira¹, Bruno Spire², Annie Schmaus¹, France Lert¹

¹Inserm U687-IFR69, Saint-Maurice ²Inserm U379-Observatoire régional de la santé Paca, Marseille

INTRODUCTION

Les régions d'Antilles et Guyane sont les régions françaises dans lesquelles l'épidémie VIH-sida est la plus dynamique et la plus forte en population générale. L'étude Acsag réalisée en 1994 sur les attitudes face au sida et les comportements sexuels mettait en évidence des traits spécifiques par rapport à la population métropolitaine [1]. On ne disposait pas à ce jour de données sur la façon dont les personnes séropositives vivent leur maladie sur le plan affectif et sexuel, alors que les études socio anthropologiques et les témoignages font état de difficultés importantes à vivre sa séropositivité au grand jour.

Cet article présente des résultats de l'enquête Vespa dans le groupe des hétérosexuels infectés par le VIH et suivis en milieu hospitalier en Guadeloupe, Martinique, Guyane et à Saint-Martin, qui concernent des dimensions clés de la vie affective et sexuelle : l'existence d'une relation de couple, la vie sexuelle, la connaissance mutuelle du statut au sein de la relation stable et l'utilisation du préservatif.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

La méthodologie de l'enquête est décrite dans l'article de F. Lert et coll publié dans ce même numéro du BEH [2].

Sujets

Parmi les 398 répondants, l'étude des comportements sexuels a été limitée aux hétérosexuels, c'est-à-dire aux personnes se déclarant dans le questionnaire « hétérosexuel » ou « bisexuel » et n'ayant pas eu de relations homosexuelles dans les 12 derniers mois, soit 364 individus.

Variabiles d'intérêt

La relation de couple correspond à une relation suivie de plus de six mois avec un partenaire cohabitant ou non qui sera appelé partenaire stable.

On considère un sujet actif sexuellement s'il déclare dans les douze derniers mois, au moins une relation sexuelle avec un partenaire stable et/ou un partenaire occasionnel et/ou une prostituée, soit 191 sujets se répartissant également entre hommes et femmes.

La révélation du statut est envisagée pour chaque type de partenaires, stable ou occasionnels, sous forme de variables binaires. L'utilisation du préservatif est représentée par des variables en oui/non, utilisation systématique dans les relations stables ou occasionnelles vs « presque toujours, parfois, presque jamais, jamais » dans chaque type de partenariat.

Ces indicateurs de la vie sexuelle et affective ont été étudiés en fonction de variables :

- *sociodémographiques* : département, sexe, âge (< 30, 30-49, 50 ans ou plus), nationalité (française, haïtienne, autre), langue parlée en famille (créole, français et créole, français, autres langues), niveau scolaire (aucun et primaire, collège, lycée et plus) et activité professionnelle (oui/non) ;

- *liées au couple* : situation matrimoniale (en couple marié, en couple non marié, pas en couple), durée du couple, avoir des enfants, statut du partenaire stable (positif, négatif, non connu) ;

- *liées à la maladie* : année du diagnostic, stade sida, dernier état immuno-virologique connu (CD4 >200 et charge virale indétectable), traitement en cours ;

- *liées aux conduites addictives* : consommations d'alcool et de drogues illicites.

L'analyse statistique est effectuée par le logiciel Stata 9. Les fréquences et les analyses sont calculées en tenant compte des pondérations. Les variables d'intérêt sont analysées par un test de chi². La révélation au partenaire a été étudiée par un modèle de régression logistique.

RÉSULTATS

L'âge moyen du groupe des 364 hétérosexuels est de 47,6 ans pour les hommes et 42,0 pour les femmes ; la moyenne de l'âge au diagnostic est 40 et 35 ans respectivement. Au moment de l'enquête 73,1 % sont sous traitement antirétroviral prescrit et pris. Au cours de leur vie et à la date de l'entretien, 6,4 % des hommes ont eu une seule partenaire, 26,6 % 2 à 5, et 67 % plus de 6 partenaires femmes. Quant aux femmes, 7,1 % ont eu un seul partenaire sexuel masculin, 69,1 % en ont eu 2 à 5 et 23,8 %

plus de 6. En moyenne, hommes et femmes ont eu 2,2 relations suivies au cours de leur vie.

Des personnes relativement isolées et beaucoup sans vie sexuelle

Au moment de l'enquête 43,8 % des patients interrogés avaient un partenaire stable alors qu'ils étaient 68,9 % au moment du diagnostic. L'existence d'un partenaire stable décroît fortement avec l'âge : 63,3 % parmi les moins de 30 ans, 48,7 % chez les 30-49 ans et 27,9 % chez les plus de 50 ans. Un faible niveau d'éducation, l'absence d'emploi, la progression de la maladie sont aussi associés à l'absence de partenaire stable. De plus seuls 70,6 % de ces couples vivent ensemble dans un logement commun lors de l'enquête.

Seuls 55,4 % des hommes et 50,5 % des femmes ont eu des rapports sexuels dans l'année. Cette fréquence décroît avec l'âge, elle est plus faible parmi les patients de Saint-Martin, chez les Haïtiens, les personnes peu scolarisées, les inactifs, les personnes non mariées. Une moindre activité sexuelle est également associée à une maladie plus avancée : stade sida, traitement en cours (tableau 1).

Parmi les sujets ayant un partenaire stable, 86,3 % sont actifs sexuellement. Parmi ceux sans partenaire stable au moment de l'enquête, la plupart en ont déjà eu une relation de couple mais elle a cessé en moyenne depuis cinq ans.

Tableau 1
Caractéristiques de la vie sexuelle des personnes hétérosexuelles vivant avec le VIH, résultats pondérés

N = 364	N	sexuellement actifs %	p	partenaire stable %	p	partenaires occasionnels %	p
Sexe			0,354		0,582		0,003
Homme	175	55,4		42,3		25,1	
Femme	189	50,5		45,1		13,0	
Âge			< 0,001		< 0,001		0,04
< 30 ans	32	78,3		62,3		32,8	
30 à 50 ans	222	59,2		48,7		19,7	
> = 50 ans	110	32,1		27,9		12,6	
Nationalité			0,002		0,125		0,048
Française	197	58,1		47,3		21,8	
Haïtienne	114	39,1		35,7		11,4	
Autres	53	62,0		47,3		22,7	
Département			0,095		0,414		0,177
Saint Martin	29	34,9		44,4		4,8	
Guadeloupe	124	49,8		37,6		18,9	
Martinique	79	53,0		47,5		22,6	
Guyane	132	59,6		47,2		19,5	
Langue parlée en famille			0,248		0,263		0,89
Créole	172	47,9		38,8		17,1	
Français	104	59,4		50,9		20,1	
Créole et français	42	50,3		43,4		19,3	
Autres langues	46	58,3		45,7		21,2	
Niveau scolaire			< 0,001		0,001		0,124
Pas de scolarité/ primaire	155	38,8		31,3		13,7	
Collège	147	63,6		53,6		22,8	
Lycée ou plus	62	60,9		50,3		21,1	
Emploi			0,005		0,017		0,072
Inactif	247	46,9		38,8		15,9	
Actif	117	63,2		52,5		23,7	
Situation matrimoniale			< 0,001		< 0,001		0,001
Célibataire	231	52,8		36,0		24,4	
Marié ou pacsé	65	77,1		92,9		6,3	
Séparé	68	30,6		23,6		11,7	
Durée du couple			< 0,001				0,024
Non en couple	207	24,9				24,1	
< = 1 an	18	100,0				20,4	
1 à 5 ans	42	100,0				11,5	
> 5 ans	97	83,3				10,2	
Année de diagnostic			0,4		0,389		0,193
< = 1995	149	55,5		41,1		21,9	
> 1995	215	51,0		45,6		16,5	
Stade sida			<0,001		0,019		0,288
Non	151	63,8		50,5		21,1	
Oui	213	43,6		38,0		16,7	
Sous traitement			0,003		0,006		0,127
Non	79	67,1		57,1		24,4	
Oui	285	48,4		39,6		17,0	
Succès thérapeutique			0,111		0,477		0,634
Non	212	56,6		45,4		19,6	
Oui	152	48,0		41,6		17,6	

Au total, 18,7 % ont eu des partenaires occasionnels dans l'année avec une moyenne de 1,9 partenaires occasionnels dans l'année, 2,1 pour les hommes et 1,6 pour les femmes. Les hommes, les moins de 30 ans et les célibataires ont plus souvent des partenaires occasionnels.

Les rapports avec des prostituées dans l'année sont rapportés par 11 hommes (12,4 % des hommes sexuellement actifs) tandis que 5 hommes et 9 femmes rapportent avoir eu au cours de leur vie des relations monnayées par de l'argent, de la drogue ou des avantages matériels (dont un homme et une femme dans les douze derniers mois).

A la question « comment qualifieriez-vous votre vie sexuelle actuelle ? » 16,4 % de l'ensemble des répondants hétérosexuels sexuellement actifs ou non dans l'année, se déclarent très satisfaits, 60,4 % assez ou plutôt pas et 23,3 % pas du tout : les moins satisfaits sont les femmes et les personnes sexuellement actives n'ayant que des partenaires occasionnels.

Révélation de la séropositivité au partenaire stable

Au sein des couples ayant des rapports sexuels (n = 138), 16,2 % n'ont pas dit leur séropositivité à leur partenaire.

Dans l'analyse unidimensionnelle, la durée du couple est associée au fait de dire ou non sa séropositivité : dans les couples formés depuis moins d'un an, la révélation est moins fréquente que dans ceux de 1 à 5 ans et ceux de plus de 5 ans. Elle est aussi associée à l'ancienneté du diagnostic. Dire sa séropositivité et connaître le statut de son partenaire sont des phénomènes étroitement liés (tableau 2). L'analyse multidimensionnelle montre confirme ces associations.

Tableau 2

Révélation de la séropositivité au partenaire stable parmi la population hétérosexuelle active sexuellement en couple, résultats pondérés

N = 138	N	Univariée % non révélation	p
Sexe			
Homme	61	11,7	0,0181
Femme	77	19,8	
Nationalité			
Française	77	8,3	0,007
Haitienne	36	28,2	
Autres	25	28,3	
Langue parlée en famille			
Créole	58	19,6	0,019
Français	45	5,4	
Créole et français	15	16,7	
Autres langues	20	33,6	
Français parlé en famille			
Non	78	23,0	0,006
Oui	60	7,8	
Niveau scolaire			
Pas de scolarité/primaire	42	22,9	0,385
Collège	69	14,9	
Lycée ou plus	27	10,4	
Durée du couple			
< = 1 an	18	54,5	< 0,001
1 à 5 ans	42	16,1	
> 5 ans	78	7,3	
Sérologie du conjoint			
Non connue	25	60,1	0,001
Séronégatif	73	12,4	
Séropositif	40	0,0	
Partenaire occasionnel			
Non	122	15,5	0,495
Oui	16	21,5	
Année du diagnostic			
< = 1995	54	7,9	0,025
> 1995	84	21,8	
Sous traitement			
Non	38	22,9	0,154
Oui	100	13,3	
Effets secondaires			
Inexistants	86	17,7	0,101
Pas du tout ou un peu gênants	34	19,2	
Assez ou très gênants	18	0,0	
Total	138	22,0	

Utilisation systématique du préservatif avec le partenaire au sein du couple stable non concordant

Lorsque le partenaire est séronégatif ou de statut inconnu (n = 98), 80,2 % utilisent systématiquement le préservatif. Cette utilisation est moins fréquente chez les malades haïtiens (53 % vs 92 % chez les patients français et 83 % chez les autres, p = 0,001) ou parlant le créole (70 % vs créole et français : 81 %, français 89 %,

autres langues 97 %, p = 0,036), pour les répondants ne connaissant pas le statut de leur partenaire (57 % vs 87 %, p = 0,005) ou n'ayant pas révélé le leur (53 % vs 88 % p < 0,0001).

Le désaccord sur le port du préservatif au sein du couple est plus souvent rapporté par les femmes 33,7 % que par les hommes 15,3 %.

Annnonce de la séropositivité et utilisation systématique du préservatif avec les partenaires occasionnels

Parmi les 67 sujets rapportant des relations occasionnelles, la révélation de la séropositivité à ces partenaires est très rare : 82,2 % ne la disent jamais. L'utilisation du préservatif est rapportée comme systématique par 83,7 % des répondants. Tous les hommes ayant des relations avec des prostituées déclarent utiliser le préservatif de façon systématique.

Le faible effectif de répondants rapportant des relations avec des partenaires occasionnels ne permet pas de mettre en évidence d'associations statistiques avec des facteurs démographiques et sociaux ou des caractéristiques de l'infection VIH.

DISCUSSION-CONCLUSION

Les résultats présentés ici portent sur les répondants interrogés en consultation à l'hôpital. Des biais liés à l'absence ou à la sous-représentation des personnes peu ou mal suivies existent, ces dernières seraient plus sévèrement atteintes d'après nos analyses complémentaires portant sur les patients hospitalisés au cours de la période d'enquête. La taille de l'échantillon et la faible proportion de personnes sexuellement actives limitent les possibilités d'une analyse approfondie tandis que le protocole transversal de l'étude en réduit la portée explicative. De plus alors que nous connaissons l'hétérogénéité démographique, sociale et culturelle de la région, nous sommes contraints à mener une analyse globale qui masque sans doute des traits propres à chaque territoire.

Le résultat le plus marquant de ces premières analyses est l'isolement affectif et la faible fréquence de l'activité sexuelle dans ou hors du couple chez les personnes vivant avec le VIH dans la région Antilles Guyane.

Une comparaison avec les résultats encore globaux de l'enquête KABP menée en 2004 dans la région met en évidence un niveau très réduit de vie de couple et de l'activité sexuelle par rapport à la population générale [3] : en population générale, 93 % des hommes et 87 % des femmes de 18 à 69 ans étaient sexuellement actifs contre respectivement 55 % et 51 % des hommes et femmes hétérosexuels séropositifs. En population générale, 67 % des hommes et 60 % des femmes sont en couple, cohabitent ou non, cette fréquence augmentant avec l'âge, alors que 42 % des hommes et 45 % des femmes séropositifs vivent en couple et que la fréquence diminue avec l'âge. Cette moindre activité sexuelle est sans doute liée à la maladie, les relations se rompraient après le diagnostic et ne se reconstruiraient pas.

Les personnes atteintes aux Antilles et en Guyane sont aussi différentes des personnes atteintes en France métropolitaine qui sont plus souvent en couple ou sexuellement actives aussi bien chez les hommes que chez les femmes, chez les Français que chez les migrants : 64 % des hommes et femmes français hétérosexuels sont en couple, 58 % des hommes et 68 % des femmes migrants. Les hétérosexuels vivant avec le VIH en métropole sont pour 73 % actifs sexuellement, les hommes migrants 77 %, les femmes françaises 72 % et les migrantes 68 %.

Une personne sur six n'a pas révélé sa maladie à son conjoint et ne connaît pas le statut de celui-ci. Ce silence se traduit par une difficulté majorée dans l'utilisation du préservatif. Ces phénomènes sont accentués chez les patients d'origine haïtienne et dans les couples qui viennent de se former.

La confrontation avec les données de l'enquête KABP permettra d'approfondir ces premiers résultats et d'éclairer les processus qui sous-tendent la marginalisation et l'isolement affectif des personnes atteintes au sein des sociétés des Antilles et de la Guyane.

RÉFÉRENCES

- [1] Giraud M et coll. Analyse des comportements sexuels aux Antilles et en Guyane Acsag, 1994.
- [2] Lert F et coll. Les patients vivant avec le VIH Sida dans les départements français d'Amérique : résultats de l'enquête ANRS-EN13-Vespa, Bull. Épidémiol-hebd 2005.
- [3] Halfen S, enquête KABP aux Antilles et en Guyane (2004), communication personnelle.

Directeur de la publication : Pr Gilles Brucker, directeur général de l'InVS
 Rédactrice en chef : Florence Rossollin, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
 Rédactrice en chef adjointe : Valérie Henry, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
 Comité de rédaction : Dr Thierry Ancelle, Faculté de médecine Paris V ; Dr Denise Antona, InVS ; Pierre Arwidson, Inpes ; Dr Jean-Pierre Aubert, médecin généraliste ; Dr Juliette Bloch, InVS ; Dr Eugénia Gomes do Espírito Santo, InVS ; Dr Isabelle Gremy, ORS Ile-de-France ; Dr Yuriko Iwatsubo, InVS ; Dr Loïc Jossier, InVS ; Eric Jouglu, Inserm CèpiDc ; Dr Agnès Lepoutre, InVS ; Laurence Mandereau-Bruno, InVS ; Hélène Therre, InVS.

N°CPP : 0206 B 02015 - N°INPI : 00 300 1836 - ISSN 0245-7466
 Institut de veille sanitaire - Site Internet : www.invs.sante.fr

Diffusion / abonnements : Institut de veille sanitaire - BEH abonnements

12, rue du Val d'Osne - 94415 Saint-Maurice Cedex
 Tel : 01 41 79 67 00 - Fax : 01 41 79 68 40 - Mail : abobeh@invs.sante.fr
 Tarifs 2004 : France 46,50 € TTC - Europe 52,00 € TTC
 Dom-Tom et pays RP (pays de la zone francophone de l'Afrique, hors Maghreb, et de l'Océan Indien) : 50,50 € HT
 Autres pays : 53,50 € HT (supplément tarif aérien rapide : + 3,90 € HT)