

Dépistage du VIH dans des populations et territoires prioritaires *HIV testing among priority populations and territories*

p.49 **Dépistage anonyme et gratuit du VIH en France, 2006**
Free and anonymous HIV testing in France, 2006

p.52 **Pratiques de dépistage du VIH chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne en Île-de-France, 2005**
HIV testing among individuals originating from sub-Saharan Africa in the Paris area, France, 2005

p.55 **Recours au dépistage du VIH dans la population générale adulte des Antilles et de la Guyane en 2004 et comparaison avec la population vivant en métropole / HIV screening in the Antilles and Guiana adult general population in 2004, and comparison with the population living in mainland France**

p.59 **Comité national des registres, appel à qualification 2008**

p.60 **Comité national des registres « Maladies rares », premier appel à qualification 2008**

Dépistage anonyme et gratuit du VIH en France, 2006

Stéphane Le Vu (s.levu@invs.sante.fr), Caroline Semaille

Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

Résumé / Abstract

Les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), par leurs conditions d'accès et leur répartition sur tout le territoire français, offrent un moyen aisé pour réaliser un test de dépistage du VIH-sida. La surveillance épidémiologique du dépistage anonyme et gratuit du VIH repose sur le recueil de l'activité annuelle par les CDAG, dont certaines en prison, et une enquête descriptive transversale réalisée en 2004 auprès de 5 330 consultants.

Les CDAG ont accueilli en 2006 environ 357 000 personnes et ont effectué 305 325 sérologies VIH. Parmi celles-ci, 3,9 % ont été retrouvées positives. La moitié des consultants avait moins de 25 ans. Les antennes de CDAG en prison ont une activité très hétérogène et ne permettent pas à elles seules de surveiller l'activité de dépistage en milieu carcéral.

L'Île-de-France (particulièrement Paris) et les départements français d'Amérique (DFA) sont les régions où l'activité des CDAG est la plus importante et où sont retrouvés le plus de dépistages positifs.

La description des consultants a montré que les populations les plus touchées, personnes originaires d'Afrique subsaharienne et hommes ayant des relations homosexuelles, avaient augmenté leur fréquentation des CDAG entre 2000 et 2004.

En dehors du milieu carcéral, ces constats confirment la raison d'être de ces consultations : permettre d'inclure le dépistage dans une stratégie de prévention, notamment en direction des jeunes, et dépister parmi les populations les plus susceptibles d'être infectées. Leur activité est cohérente avec la problématique particulière de l'infection dans les DFA et en Île-de-France.

Free and anonymous HIV testing in France, 2006

Free and anonymous counseling and testing facilities (CDAG) are widely spread on the French territory, and offer the easiest way for HIV/AIDS screening. Every facility reports to the Institut de veille sanitaire (the French Public Health Surveillance Institute) its annual testing activity. A cross-sectional survey was conducted in 2004 that described the characteristics of 5,330 anonymous tests seekers.

The CDAG performed 305,325 HIV tests out of 357,000 persons consulting in 2006, 3.9% were positive. Half of the attendants were under 25 years old. HIV screening activity among inmates can not be inferred through the activity of the CDAG located in prison.

Screening activity and rates of positive tests are higher in the Ile-de-France region (especially in Paris) and the overseas regions of Guadeloupe, Martinique and French Guiana.

The survey showed that a greater proportion of high-risk population groups such as African migrants, as well as men who have sex with men was among attendants of the CDAG between 2000 and 2004.

Except for prisons, these results confirm the mission statement of the CDAG: offering the opportunity of prevention counselling and testing to young people, as well as screening among the high-risk population groups in France. Their activity is appropriately higher in regions of high prevalence such as Ile-de-France and the French Departments of America.

Mots clés / Key words

VIH-sida, dépistage, dépistage anonyme et gratuit / HIV/AIDS, testing, free and anonymous testing

Introduction

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

Depuis leur création en 1988, le recueil de l'activité des CDAG permet de surveiller le recours au dépistage anonyme du VIH. Pour compléter la description des personnes recourant au CDAG, l'Institut de veille sanitaire (InVS) a mené une enquête transversale en 2004 auprès d'un échantillon de consultants, caractérisant leur profil et leurs motivations à réaliser une sérologie VIH. La surveillance repose donc sur ces deux sources de données : activité annuelle des centres et enquête descriptive transversale. Ce texte présente les résultats de cette surveillance de 2003 à 2006.

Méthode

Chaque consultation adresse un bilan annuel d'activité à l'InVS. L'activité est décrite par le nombre de personnes reçues, le nombre de tests VIH réalisés, le nombre de tests positifs, selon l'âge, le sexe des consultants et la région de la consultation. Le taux de tests réalisés en CDAG pour mille habitants de la région ainsi que la proportion de tests positifs pour mille tests réalisés sont utilisés comme indicateurs pour comparer les évolutions au cours des années et entre régions. Pour s'affranchir des fluctuations dans la participation des CDAG, les tendances sont mesurées sur les consultations ayant participé à la surveillance chacune des années entre 2003 et 2006. Les bilans annuels ne comportent pas d'information sur les prises de risque et les doublons ne peuvent pas être repérés.

Un certain nombre d'antennes de CDAG sont implantées au sein des prisons et réalisent des dépistages anonymes dans les mêmes conditions qu'en milieu libre. Leur activité est distincte de celle des unités de consultations et de soins ambulatoires (Ucsa) qui proposent des dépistages nominatifs en milieu carcéral.

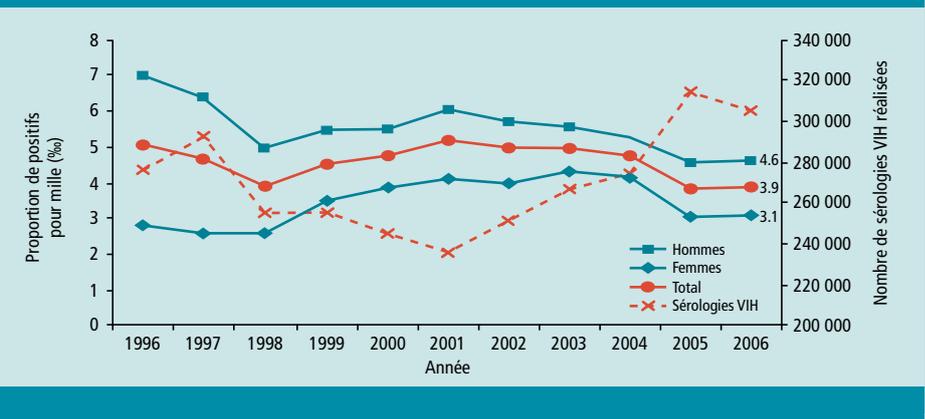
La description des consultants repose sur les résultats de l'enquête anonyme transversale réalisée en 2004 durant une semaine auprès de 5 330 consultants dans l'ensemble des CDAG de France, dont la méthode et les principaux résultats ont déjà été décrits [1].

Résultats

Participation

En 2006, sur les 307 CDAG et 76 antennes en prison répertoriées, la participation des centres à la surveillance était de 84 % et 64 % respectivement. Sur la période de 2003 à 2006, 173 CDAG et 33 antennes de CDAG en prison ont retourné un bilan d'activité chaque année.

Figure Évolution du nombre de sérologies réalisées et de la proportion de diagnostics VIH positifs par sexe dans les CDAG de 1996 à 2006, hors prisons, France / Figure Trends in the number of HIV tests and rate of positive tests according to sex in the CDAG from 1996 to 2006, excluding prisons, France



Nombre de consultations, sérologies réalisées et sérologies positives, hors prison

En dehors des antennes de prison, les CDAG ont accueilli en 2006 environ 357 000 personnes (certaines personnes ayant pu bénéficier de plusieurs dépistages) et ont effectué 305 325 sérologies VIH, dont 1 186 étaient positives. En moyenne sur les quatre dernières années, 87 % des consultations ont conduit à la prescription d'au moins une sérologie et 95 % des personnes testées sont venues chercher leurs résultats.

Parmi les CDAG ayant déclaré leur activité chacune des quatre années, le nombre de sérologies VIH réalisées a nettement augmenté entre 2004 et 2005 (plus 22 %) et s'est sensiblement maintenu en 2006. En revanche, le nombre de sérologies positives a été relativement constant depuis 2003, autour de 1 200 chaque année.

En 2006, les CDAG ont réalisé 4,9 tests pour 1 000 habitants et la proportion de sérologies positives par rapport à l'ensemble des sérologies effectuées hors prison est de 3,9 %. Cette dernière proportion a connu une baisse correspondant à l'augmentation du nombre de sérologies effectuées depuis 2005 (figure).

Description des consultants par âge et sexe

En terme de fréquentation, les consultants appartenaient en majorité (50,4 %) à la classe d'âge des 20 à 29 ans, les sérologies positives étant retrou-

vées principalement parmi la classe d'âge des 40 à 49 ans (10,1 positifs pour mille tests) et dans une moindre mesure celle des 30 à 39 ans (8,4 %).

La fréquentation des CDAG était plus masculine, avec 54 % d'hommes testés en 2006, cette proportion étant stable depuis 2003. Par contre, les hommes consultent moins jeunes que les femmes, ils ne représentent que 38 % des moins de 20 ans. Les hommes sont globalement plus souvent retrouvés positifs que les femmes (respectivement 4,6 tests positifs pour mille contre 3,1 %), même en tenant compte de la différence de structure d'âge (figure). Cependant les femmes de 30 à 39 ans et celles de plus de 60 ans ont, en 2006, une proportion de tests positifs supérieure (tableau 1).

Description par région

En 2006 le nombre de sérologies VIH réalisées en CDAG rapporté à la population varie fortement d'une région à l'autre (tableau 2). Les régions du nord de la France, depuis la Normandie jusqu'au Nord Pas-de-Calais, la Bourgogne et la Lorraine ont réalisé moins de sérologies VIH en CDAG (0,4 à 2,9 %). Les régions méditerranéennes, l'Île-de-France, et les départements français d'Amérique (DFA) (5,5 à 9,4 %) ont eu des nombres de sérologies plus élevés.

La proportion de sérologies positives est également très contrastée en fonction des régions. Ainsi, en 2006, l'Île-de-France (7,0 %) et les DFA (8,0 à 9,5 %) ont les proportions les plus fortes par rapport au reste de la France (2,2 %).

Tableau 1 Nombre de tests totaux et positifs par sexe et âge dans les CDAG en 2006, hors prisons, France / Table 1 Total number of tests and positive tests by sex and age category in 2006, excluding prisons, France

Classes d'âge	Hommes		Femmes		Total	
	Positifs / Total	Proportion %	Positifs / Total	Proportion %	Positifs / Total	Proportion %
< 20 ans	17 / 22 894	0,7	15 / 37 632	0,4	32 / 60 526	0,5
20-29 ans	226 / 81 425	2,8	169 / 71 385	2,4	395 / 152 810	2,6
30-39 ans	285 / 35 436	8,0	159 / 17 567	9,1	444 / 53 003	8,4
40-49 ans	169 / 15 176	11,1	67 / 8 272	8,1	236 / 23 448	10,1
50-59 ans	45 / 6 383	7,0	17 / 3 578	4,8	62 / 9 961	6,2
60 ans et +	12 / 2 611	4,6	5 / 941	5,3	17 / 3 552	4,8
Âge et sexe inconnus	-	-	-	-	0 / 2 025	-
Total	754 / 163 925	4,6	432 / 139 375	3,1	1 186 / 305 325	3,9

Tableau 2 Nombre de tests VIH totaux et positifs en CDAG rapportés par région en 2006, hors prisons, France / **Table 2** Total number of tests and positive tests by region in 2006, excluding prisons, France

Région	Positifs	Total	Proportion de tests positif pour 1 000 tests	Tests pour 1 000 habitants*
Alsace	20	6 041	3,3	3,4
Aquitaine	30	9 712	3,1	3,2
Auvergne	6	4 786	1,3	3,6
Bourgogne	5	2 584	1,9	1,6
Bretagne	21	14 202	1,5	4,7
Centre	18	7 436	2,4	3,0
Champagne-Ardenne	10	7 574	1,3	5,7
Corse	1	1 563	0,6	5,7
Franche-Comté	10	4 219	2,4	3,7
Ile-de-France	694	99 296	7,0	8,8
Languedoc-Roussillon	27	14 130	1,9	5,7
Limousin	5	3 111	1,6	4,4
Lorraine	5	5 782	0,9	2,5
Midi-Pyrénées	26	12 497	2,1	4,7
Nord-Pas-de-Calais	37	9 016	4,1	2,2
Basse-Normandie	7	4 204	1,7	2,9
Haute-Normandie	0	442	0,0	0,2
Pays de la Loire	21	8 122	2,6	2,4
Picardie	4	3 819	1,0	2,0
Poitou-Charentes	22	9 043	2,4	5,4
Provence-Alpes-Côte d'Azur	79	34 241	2,3	7,3
Rhône-Alpes	77	32 393	2,4	5,5
Guadeloupe	17	2 014	8,4	4,8
Martinique	27	3 387	8,0	8,9
Guyane	14	1 475	9,5	9,4
La Réunion	3	2 919	1,0	4,1
Total	1 186	304 008	3,9	4,9

* Nombre de tests total rapporté à 1 000 habitants (population du recensement Insee 2004)

Ces disparités régionales, en nombre de tests et proportion de séropositifs, sont restées relativement constantes entre 2003 et 2006, situant l'Ile-de-France et les DFA comme les régions les plus touchées durant toute la période.

La place de Paris est prépondérante dans l'ensemble de l'activité des CDAG. En 2006, 22 % des sérologies VIH ont été réalisées à Paris et 44 % des sérologies positives y ont été retrouvées. La fréquentation des CDAG de Paris, rapportée à la taille de la population de la ville et de ses départements limitrophes, est de 10,1 tests pour mille habitants.

Antennes de CDAG en milieu carcéral

Les antennes de CDAG en prison ont accueilli en 2006 environ 16 000 personnes et ont effectué 10 958 sérologies VIH, dont 20 ont été retrouvées positives. Ces dépistages ont concerné presque exclusivement des hommes (91 %). Comme pour l'activité en milieu libre, les antennes de CDAG en prison ont vu leur nombre de sérologies réalisées augmenter alors que la proportion de sérologies positives a diminué. Au cours de la période 2003-2006, 11 000 sérologies ont été réalisées en moyenne par an et 3,5 % d'entre elles ont été retrouvées positives. Cette proportion de sérologies positives est ainsi du même ordre de grandeur qu'en milieu libre sur l'ensemble de la période mais particulièrement faible en 2006 (1,8 %).

Part des CDAG dans le dispositif de dépistage

D'après l'activité des laboratoires rapportée par l'enquête LaboVIH, on situe l'activité des CDAG par rapport à l'ensemble du dépistage en France [2]. La part des sérologies réalisées en CDAG a peu varié depuis 2003 et se situe en 2006 à 8 % des sérologies réalisées en France. Durant la même période, 11 % des sérologies positives ont été retrouvées dans ce cadre du dépistage anonyme. La place des CDAG par rapport à l'ensemble de l'offre de dépistage est la plus importante à Paris (18 % des tests) et dans les DFA (8 %).

Discussion

Une activité globale en hausse et plus importante dans les régions les plus touchées

L'activité de dépistage anonyme du VIH, mesurée par l'activité des CDAG, a globalement augmenté depuis 2001 et représente 316 000 sérologies réalisées en 2006. À l'instar de l'activité de dépistage mesurée au niveau des laboratoires d'analyse, l'activité des CDAG a connu une nette augmentation à partir de 2005, année où le sida a été déclaré grande cause nationale [2].

La proportion de sérologies positives est en CDAG de 3,9 % en 2006, en diminution par rapport à 2003 (5,1 %). Cette proportion demeure, dans le dispositif de dépistage anonyme, environ deux fois

supérieure à ce qui est retrouvé par le reste du dépistage du VIH en France (2,2 %).

L'Ile-de-France, les DFA et la région Paca réalisent le plus de tests rapportés au nombre d'habitants et ce sont les deux premières régions qui dépistent le plus de personnes séropositives. Les CDAG parisiennes, même en tenant compte de la fréquentation de résidents de la proche banlieue (il a été mesuré par l'enquête transversale réalisée en 2004 que 57 % de leurs consultants résidaient à Paris et 24 % dans les départements limitrophes), réalisent un grand nombre de dépistages rapporté à la population. Il en est de même dans les DFA, comme le confirme la forte activité de dépistage rapportée par Halfen et al. [3] dans ces mêmes colonnes. Ce sont donc dans les deux régions les plus touchées par l'infection à VIH que l'activité de dépistage est la plus importante et que la part du dispositif anonyme et gratuit est également la plus importante.

Des consultants jeunes mais également des populations à risque accru

Les données d'activité des dernières années confirment que les CDAG accueillent de nombreux jeunes, avec une moitié des consultants de moins de 25 ans. Cela est particulièrement vrai des femmes qui consultent plus jeunes que les hommes.

L'enquête en 2004 avait révélé un certain nombre de points sur les caractéristiques des consultants : les CDAG accueillent bien une population plus exposée aux risques et ont vu augmenter au cours des dernières années la part des immigrés originaires d'Afrique subsaharienne [4] et celle des hommes déclarant des relations avec des hommes [1]. La proportion de sérologies positives constamment plus élevée en CDAG que dans le reste du dispositif est certainement le reflet du recours au dépistage de ces populations à forte prévalence (4,8 % des personnes originaires d'Afrique subsaharienne et 1,6 % des hommes ayant des relations homosexuelles ou bisexuelles avaient été retrouvés positifs en 2004 [1]).

L'activité des CDAG ne suffit pas à décrire le dépistage du VIH en prison

La proportion de positifs parmi les sérologies réalisées par les CDAG en prison est notablement faible. Le suivi de l'activité des antennes de CDAG en prison ne permet pas d'appréhender l'offre de dépistage ou le niveau de l'infection à VIH en milieu carcéral. Le dispositif de dépistage en milieu carcéral est très hétérogène selon les établissements, tant au niveau de la fraction des détenus dépistés que de l'équilibre entre dépistage par les Ucsa et par les antennes de CDAG. De plus, l'offre spécifiquement anonyme des CDAG n'est parfois pas adaptée au cadre pénitentiaire [5], si bien que la majorité des dépistages en prison est du ressort des Ucsa. La surveillance épidémiologique du dépistage devrait donc s'exercer à ce niveau. Il faut enfin noter que l'Ile-de-France, qui comptait 29 % des détenus séropositifs connus d'après l'enquête « un jour donné » en 2003 [6], ne possédait plus d'antennes de CDAG en prison en 2006 [7].

Quelle place des CDAG dans une nouvelle stratégie de dépistage du VIH ?

Les CDAG constituent un outil original dans la lutte contre la transmission du VIH. Elles ont été conçues à la fin des années 1980 pour favoriser l'accès au dépistage et participer à la politique de prévention en aidant les consultants à définir une stratégie personnelle vis-à-vis du VIH/sida, au travers du *counseling* qui accompagne le test.

La question d'une refonte de la stratégie de dépistage du VIH se pose aujourd'hui en France. Elle est alimentée par le constat de dépistages réalisés trop tardivement par certaines populations [8,9] et par les mutations proposées aux États-Unis et dans les pays du Sud [10] - incluant un test proposé de façon plus routinière et l'utilisation des tests rapides.

Il convient, tout d'abord, de relativiser la place des CDAG dans ce paysage à recomposer dans la mesure où elles représentent moins de 10 % de l'activité globale de dépistage en France. Mais c'est parce qu'elles sont clairement identifiées et emblématiques de la politique de prévention mise en place aux premières années du sida que leur place et leur efficacité sont questionnées par les tenants d'un changement dans la politique de dépistage [11]. Pour autant, on peut se demander si le changement de paradigme du dépistage en France nécessite d'opposer les particularités du modèle de « *voluntary counselling and testing* » - celui des CDAG - à un modèle plus banalisé du dépistage VIH comme préconisé par les États-Unis. Il est plus vraisemblable qu'une stratégie de dépistage élargi et moins encadré devra être associée au maintien d'un dispositif spécialisé ciblant les personnes à risque et les plus vulnérables, et offrant une opportunité de test anonyme [12].

Cela n'empêche pas des améliorations ou des innovations au niveau des CDAG. Comme par exemple la délégation du *counseling* à des acteurs de

prévention non médecins. L'utilisation effective et optimale du *counseling* est en effet compromise par le manque de personnel médical, donc de temps à y consacrer dans les consultations.

En ce qui concerne les tests rapides qui rendent le résultat disponible en quelques dizaines de minutes, une utilisation en CDAG pourrait améliorer le taux de remise des résultats. Cependant, on observe que ce taux est déjà, en moyenne du moins, relativement élevé avec les tests classiques. Ceci indique que l'on ne peut pas attendre une amélioration spectaculaire de l'accès au statut sérologique de la population qui recourt déjà aux CDAG par l'utilisation de ces tests rapides. Le second intérêt d'une utilisation des tests rapides dans le cadre des CDAG, serait qu'ils favorisent la venue de personnes pour qui le délai d'attente (classiquement d'une semaine) représente un frein pour venir se faire tester. Plus certainement, ces tests simples d'utilisation offriront une opportunité de toucher des populations particulièrement à risque (homosexuels, populations précaires) hors des sites de dépistage conventionnels (locaux d'associations ou dispositifs mobiles).

Conclusion

Malgré la forte fréquentation de jeunes, souvent à faible risque d'infection, la proportion de dépistages positifs demeure élevée en CDAG. Les CDAG continuent d'assurer les deux volets de leur mission : permettre d'inclure le dépistage dans une stratégie de prévention notamment en direction des jeunes et dépister parmi les populations les plus susceptibles d'être infectées. Leur activité et leur couverture territoriale sont cohérentes avec la problématique particulière de l'infection à VIH/sida dans les DFA et en Ile-de-France. En revanche, leurs antennes en prison ne rendent pas compte du dépistage du VIH en milieu carcéral et une surveillance épidémiologique de l'activité de dépistage en prison doit être développée plus globalement.

Remerciements

Nous remercions les personnels des CDAG participant à la surveillance et Mireille Allemand pour son aide précieuse dans la collecte des données.

Références

- [1] Le Vu S, Semaille C. Dépistage anonyme et gratuit du VIH. Profil des consultants des CDAG en 2004. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2006. http://www.invs.sante.fr/publications/2006/cdag_nov_2006/cdag_nov2006.pdf [Dernière consultation le 3-12-2007].
- [2] Institut de veille sanitaire. Surveillance de l'infection à VIH/sida en France, 2006. Bull Epidemiol Hebd. 2007; 46-47: 386-93.
- [3] Halfen S. Recours au dépistage du VIH dans la population générale adulte des Antilles et de la Guyane en 2004 et comparaison avec la population vivant en métropole. Bull Epidemiol Hebd. 2008; (7-8):55-8.
- [4] Le Vu S, Lot F, Semaille C. Les migrants africains au sein du dépistage anonyme du VIH, 2004. Bull Epidemiol Hebd. 2005; 46-47:233-5.
- [5] L'organisation des soins aux détenus. Paris: Inspection générale des affaires sociales - Inspection générale des services judiciaires, 2001. <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/024000176/0000.pdf> [Dernière consultation le 30-11-2007].
- [6] Feuillerat Y. Enquête « un jour donné » sur les personnes détenues atteintes par le VIH et le VHC en milieu pénitentiaire. Paris: Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins; 2004. http://164.131.244.17/html/dossiers/vih_prison/analyse.htm [Dernière consultation le 3-12-2007].
- [7] Barbier C. VIH/ST/Hépatites en milieu carcéral en Ile-de-France. Paris: Direction régionale des affaires sanitaires et sociales; 2007. http://ile-de-france.sante.gouv.fr/img/pdf/Etat_des_lieux_carceral_definitifseptembre2007_-_Version_compressée_.pdf [Dernière consultation le 3-12-2007].
- [8] Calvez M, Semaille C, Fierro F, Laporte A. Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne en accès tardif aux soins pour le VIH: données de l'enquête Retard, France, novembre 2003-août 2004. Bull Epidemiol Hebd. 2006; 31:227-9.
- [9] Delpierre C, Cuzin L, Lert F. Routine testing to reduce late HIV diagnosis in France. BMJ. 2007; 334(7608):1354-6.
- [10] Le Vu S. Le dépistage sauf avis contraire. Transcriptases 2007; 131:3-6. Consultable sur: <http://www.pistes.fr/transcriptases/>
- [11] Conseil national du sida. Rapport sur l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France. Paris: Conseil national du sida, 2006. http://www.cns.sante.fr/html/avis/rapports_pdf/06_11_16_depistage.pdf [Dernière consultation le 3-12-2007].
- [12] Holtgrave DR. Costs and consequences of the US Centers for Disease Control and Prevention's recommendations for opt-out HIV testing. PLoS Med. 2007; 4(6):e194.

Pratiques de dépistage du VIH chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne en Île-de-France, 2005

Stéphane Le Vu (s.levu@invs.sante.fr)¹, Nathalie Lydié²

1 / Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France 2 / Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Saint-Denis, France

Résumé / Abstract

Dans le cadre de l'enquête sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida réalisée en 2005 par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), 1 874 personnes originaires d'Afrique subsaharienne et résidant en Île-de-France ont été interrogées dans des lieux publics sur le dépistage du VIH.

Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne déclaraient à 64,9 % avoir déjà été testées au cours de la vie et 34,2 % déclaraient avoir été testées plusieurs fois.

Le dépistage était plus courant parmi les personnes de nationalité française ou les étrangers en situation stable. Comparé à la population générale, le dernier dépistage avait plus fréquemment été réalisé à l'hôpital (30,4 %), et avait été plus souvent (61,2 %) initié par un médecin lors d'un bilan de santé ou dans le cadre d'un protocole de dépistage (examen prénatal ou

HIV testing among individuals originating from sub-Saharan Africa in the Paris area, France, 2005

A study on the knowledge, attitudes, beliefs and behaviours towards HIV/AIDS was carried out in 2005 by the National Institute for Prevention and Health Education (INPES) among people originating from sub-Saharan African and residing in the Paris area. It provides an insight into HIV testing behaviour in this population. A total of 1,874 participants were recruited at street locations, and interviewed using structured questionnaires.

Prior HIV testing was reported by 64.9% of all participants, and 34.2% reported at least two prior tests. Testing was more frequent among French nationals and foreigners whose immigration status was stable. Compared to the general population in France, the latest test was more often (30.4%) performed in a

prénuptial). Très peu de tests avaient été réalisés suite à une prise de risque. Finalement, les populations originaires d'Afrique subsaharienne ont un niveau de recours au test relativement élevé, et ce malgré les freins que représente une situation administrative précaire.

hospital setting (30.4%); and was was more likely (61.2%) to have been initiated by a physician as part of a medical check-up or a prenatal screening. Very few tests had been sought following a risk-taking situation. While the deterrent effect of precarious and temporary immigration status on HIV testing must be acknowledged, the level of access to HIV screening for populations originating from sub-Saharan Africa seems to be relatively high in France.

Mots clés / Key words

VIH-sida, dépistage, migrants Afrique subsaharienne / HIV/AIDS, testing, sub-Saharan migrants

Introduction

La question du dépistage du VIH des populations originaires d'Afrique subsaharienne vivant en France a été posée, en terme épidémiologique, au milieu des années 1990. L'enquête Prevagest, enquête de séroprévalence chez les femmes enceintes, révélait alors que les femmes nées en Afrique subsaharienne étaient quatre à cinq fois plus contaminées que les autres [1]. En 2002, au moment où le plus grand nombre de cas de sida était retrouvé parmi des personnes de nationalité d'Afrique subsaharienne, on constatait que la part des personnes ignorant leur séropositivité au moment du diagnostic de sida s'élevait à 70 %, révélant un déficit ou un retard dans le dépistage [2]. A partir de ces constats épidémiologiques, des actions spécifiques d'incitation au dépistage à destination des étrangers, notamment d'Afrique subsaharienne, ont été menées depuis 2002 [3]. Cet article décrit les pratiques de dépistage du VIH, ainsi que les facteurs qui y sont associés, chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne vivant en Île-de-France en 2005.

Population et méthodes

En 2005, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) a réalisé une enquête sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements face aux VIH/sida des populations originaires d'Afrique subsaharienne. La méthodologie est décrite de façon détaillée dans le rapport d'enquête [4]. Cette enquête a été conduite durant un mois dans cinquante communes d'Île-de-France tirées au sort, en lieux ouverts, à partir de sites d'enquêtes fixes (gare RER, métro, marché, bureau de poste, centre commercial). Pour être éligible, une personne devait : 1. être née dans un pays d'Afrique subsaharienne, 2. être âgée de 18 à 49 ans, 3. résider habituellement en Île-de-France. Le questionnaire a été administré en face à face et en français par des enquêteurs tous eux-mêmes originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne. La comparaison de l'échantillon aux données de recensement 2004-2005 montre une population en moyenne plus jeune et plus éduquée que la population originaire d'Afrique subsaharienne vivant en Île-de-France, mais en revanche une répartition similaire par sexe et par région de naissance. Les données relatives aux personnes originaires d'Afrique subsaharienne ont pu être mises en perspective avec celles de la population de 18 à 49 ans interrogée en 2004 dans les enquêtes KABP en métropole [5] et dans les départements français d'Amérique (DFA) [6]. Pour l'analyse statistique, le test du Chi2 a été utilisé pour comparer les pourcentages, et une modélisation par régression logistique a permis d'identifier les facteurs associés

à la réalisation du dépistage du VIH d'une part chez les hommes, d'autre part chez les femmes.

Résultats

Description de la population

Un total de 1 874 personnes (901 hommes et 973 femmes) a été interrogé. L'âge moyen des répondants était de 30,2 ans. Près de 6 sur 10 (59,3 %) sont nés dans un pays d'Afrique de l'Ouest, et 23,1 % avaient acquis la nationalité française (tableau 1). La majorité des répondants (53,3 %) a déclaré avoir réalisé au moins une année d'études après le baccalauréat. Ils étaient 47,5 % à déclarer une activité professionnelle et 21,1 % se sont dits sans emploi. Au moment de l'enquête, 35,7 % étaient mariés, 31,8 % en cou-

ple non marié et 32,5 % étaient célibataires. Enfin, 4,4 % déclaraient n'avoir ni couverture sociale ni mutuelle complémentaire et 11,5 % des 1 432 personnes de nationalité étrangère n'avaient pas de titre de séjour.

Antécédents de dépistage VIH et facteurs associés

Près des deux tiers des répondants (64,9 %) ont déclaré avoir déjà réalisé un test de dépistage du VIH au cours de la vie, sans différence entre les hommes et les femmes ; 34,2 % avaient été testés plusieurs fois. En analyse multivariée, les variables indépendamment associées à la réalisation d'au moins un test de dépistage VIH au cours de la vie peuvent être regroupées en :

Tableau 1 Caractéristiques sociodémographiques des personnes interrogées en Ile-de-France, 2005
Table 1 Sociodemographic characteristics of respondents in the Paris area, 2005

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Âge						
18-29 ans	424	47,0	533	54,8	957	51,1
30-39 ans	325	36,1	301	30,9	626	33,4
40-49 ans	152	16,9	139	14,3	291	15,5
Région de naissance						
Afrique de l'Ouest	542	60,1	570	58,6	1 112	59,3
Afrique centrale	299	33,2	347	35,7	646	34,5
Afrique de l'Est, australe	60	6,7	56	5,8	116	6,2
Année d'arrivée en France						
Avant 1990	198	22,2	255	26,6	453	24,5
Entre 1990 et 1999	309	34,7	334	34,8	643	34,8
Depuis 2000	383	43,0	371	38,6	754	40,8
Raison de la venue en France						
Regroupement familial	169	18,8	416	43,1	585	31,4
Études	349	38,8	344	35,6	693	37,2
Travail	246	27,4	105	10,9	351	18,8
Autres (raisons politiques, médicales, etc.)	135	15,0	101	10,5	236	12,7
Niveau d'études						
Jamais scolarisé/primaire	74	8,3	80	8,3	154	8,3
Études secondaires	310	34,7	404	41,8	714	38,4
Études supérieures	508	57,0	482	49,9	990	53,3
Situation professionnelle						
Exerce une activité professionnelle	472	52,7	415	42,8	887	47,5
Sans emploi	205	22,9	188	19,4	393	21,1
Étudiants	196	21,9	268	27,6	464	24,9
Autres inactifs	23	2,6	99	10,2	122	6,5
Statut matrimonial						
Célibataire	315	35,0	354	36,4	669	35,7
En couple	295	32,7	301	30,9	596	31,8
Marié	291	32,3	318	32,7	609	32,5
Protection sociale						
Sécurité sociale + mutuelle	511	56,7	617	63,4	1 128	60,2
Sécurité sociale seule	337	37,4	327	33,6	664	35,4
Ni sécurité sociale ni mutuelle	53	5,9	29	3,0	82	4,4
Situation administrative						
Nationalité française	155	17,4	274	28,3	429	23,1
Carte de résident	324	36,3	307	31,7	631	33,9
Carte de séjour temporaire	258	28,9	292	30,1	550	29,6
Autres situations	155	17,4	96	9,9	251	13,5

Facteurs sociodémographiques

Indépendamment de l'âge dont le modèle confirme le rôle discriminant dans le recours au dépistage, la nationalité française ou une situation administrative stable pour les étrangers sont des situations associées à la réalisation d'un test, en particulier chez les femmes (tableau 2). En confondant les deux sexes, les personnes sans titre de séjour ou celles détentrices d'une carte de séjour temporaire ont moins de chance d'être testées que les personnes de nationalité française (respectivement, ORa : 0,5 ; [IC 95 %:0,3-0,7] et ORa : 0,6 ; [IC 95 %: 0,4-0,8]).

Facteurs comportementaux

Parmi les personnes ayant déclaré avoir déjà craint d'être contaminées par le VIH, 79,9 % ont réalisé un test au cours de leur vie contre 53,3 % pour celles n'ayant pas eu cette crainte ($p < 0,001$). L'effet est particulièrement marqué chez les femmes (ORa : 4,6 ; [IC 95 %:3,1-6,8]). La prise en compte de la situation matrimoniale montre que seuls 44,3 % des célibataires ont déjà été testés. Si le fait d'être en couple cohabitant augmente les chances d'avoir été testé chez les hommes (82,5 % vs 62,8 % pour les hommes en couple non cohabitant, $p < 0,001$), la relation n'est pas mise en évidence chez les femmes. Celles-ci ont été testées de façon équivalente à partir du moment où elles vivent en couple. Enfin, le fait d'avoir eu plusieurs

partenaires dans l'année est associé à la réalisation d'un test de dépistage, notamment chez les hommes ; chez les femmes, la relation est juste proche de la significativité (tableau 2).

Facteurs de proximité avec la maladie

Les femmes originaires d'un pays où la prévalence est supérieure à 5 % sont plus nombreuses que les autres à avoir déjà réalisé un test de dépistage (76,6 % vs 57,7 %, $p < 0,001$). C'est également le cas des hommes et des femmes qui connaissent une personne séropositive.

Facteurs socio-éducatifs

Chez les hommes, un niveau d'études supérieur au baccalauréat est associé au fait d'avoir été testé (70,0 % vs 56,1 % pour ceux déclarant un niveau d'études inférieur, $p < 0,001$).

Motifs et circonstances du dernier test

Pour les hommes, le principal motif de test de dépistage déclaré est le bilan de santé (29,8 %), c'est-à-dire un test demandé par un médecin dans le cadre d'un examen pouvant explorer d'autres pathologies (tableau 3). Cette catégorie ne comprend pas le recours au test à la suite de symptômes ou pour une maladie, notamment une infection sexuellement transmissible (3,8 % des femmes et 5,9 % des hommes). Le deuxième motif (29,4 %) est « pour savoir » (*assurer son statut, pour voir, pour*

connaître son état de santé). Chez les femmes, le dépistage se fait d'abord dans le cadre de la grossesse (37,1 %) puis d'un bilan de santé (21,6 %). Les situations d'exposition sont des motifs globalement peu cités (4,9 % des femmes et 5,3 % des hommes). Plus précisément, si l'on tient compte du nombre de partenaires sexuels au cours des douze mois qui ont précédé l'enquête, on mesure que les femmes multipartenaires sont beaucoup plus nombreuses que les hommes à déclarer s'être fait tester à la suite d'une situation d'exposition (20,3 % vs 6,3 %, $p < 0,001$).

Tableau 3 Motifs du dernier test de dépistage selon le sexe, Ile-de-France, 2005
Table 3 Reasons for last HIV screening test according to sex, Paris area, 2005

	Femmes n=631	Hommes n=564	Total n=1 195	n
	%	%	%	
Bilan de santé	21,6	29,8	25,4	304
Pour savoir	15,1	29,4	21,8	261
Dépistage anténatal	37,1	3,4	21,2	253
Dépistage pré-nuptial	5,4	8,7	6,9	83
Situation d'exposition	4,9	5,3	5,1	61
Symptômes ou maladie	3,8	5,9	4,8	57
Prévention de couple	1,9	6,2	3,9	47
Arrivée ou retour d'Afrique	2,5	3,5	3,0	36
Doute sur statut du partenaire	4,1	0,9	2,6	31
Demande du partenaire	1,3	3,4	2,3	27
Dans le cadre professionnel	1,7	2,0	1,8	22
Don de sang	0,6	1,6	1,3	13

Lieu du dernier test

La moitié (49,7 %) des répondants ayant effectué au moins un test de dépistage au cours de leur vie ont réalisé leur dernier test dans un laboratoire d'analyse biologique et médicale (LABM). Le second site de dépistage le plus cité est l'hôpital (30,4 %), sans différence entre les hommes et les femmes. Les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) ou de protection maternelle et infantile (PMI) sont des sites de dépistage davantage cités par les femmes que par les hommes (6,3 % vs 1,4 %, $p < 0,001$). À l'inverse, les hommes fréquentent davantage les Centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) que les femmes (9,6 % contre 3,8 %, $p < 0,001$). Enfin, 7,1 % des répondants avaient effectué leur dernier test de dépistage en Afrique, plus souvent des hommes que des femmes (8,7 % vs 5,7 %, $p = 0,04$).

Discussion

Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne déclarent un fort niveau de recours au test au cours de la vie (64,9 %), supérieur à celui de la population interrogée en métropole (53,9 %) [5] et dans les DFA (61,5 %) [6]. La différence est plus accentuée pour les hommes (63,9 % contre 46,1 % en métropole et 54,8 % dans les DFA). Ce résultat va à l'encontre de l'hypothèse souvent avancée selon laquelle les populations d'Afrique subsaharienne

Tableau 2 Facteurs associés à la réalisation d'un test de dépistage au cours de la vie, par sexe - modèle de régression logistique, Ile-de-France, 2005 / *Table 2* Correlates of lifetime HIV testing according to sex - logistic regression model, Paris area, 2005

	Hommes (n = 868)				Femmes (n = 959)			
	n	% ¹	ORa ²	IC 95 % ³	n	%	ORa	IC 95 %
Âge								
18-29 ans	411	49,6	1,0	-	527	52,0	1,0	-
30-39 ans	311	76,8	2,8***	[1,9-4,1]	294	83,7	3,1***	[2,0-4,7]
40-49 ans	146	77,4	2,3**	[1,4-3,8]	138	80,4	2,2**	[1,3-3,8]
Situation matrimoniale								
En couple non cohabitant	293	62,8	1,0	-	277	75,5	1,0	-
En couple cohabitant	285	82,5	2,1***	[1,3-3,2]	362	79,3	1,0	[0,7-1,6]
Non en couple	290	47,2	0,7*	[0,5-0,9]	320	42,2	0,3***	[0,2-0,4]
A déjà craint d'être contaminé								
Non	490	55,5	1,0	-	585	52,3	1,0	-
Oui	378	75,1	2,0***	[1,5-2,8]	374	86,9	4,6***	[3,1-6,8]
Niveau d'études								
Inférieur au baccalauréat	371	56,1	1,0	-	478	63,2	1,0	-
Supérieur au baccalauréat	497	70,0	2,0***	[1,5-2,9]	481	68,4	1,3	[0,9-1,8]
Prévalence VIH dans le pays d'origine								
< 3 %	386	57,5	1,0	-	366	53,8	1,0	-
De 3 % à 5 %	181	69,1	1,3	[0,9-2,0]	179	65,4	1,5	[0,9-2,3]
> 5 %	301	69,4	1,2	[0,8-1,7]	414	76,6	2,5***	[1,7-3,6]
Connaissance d'une personne séropositive								
Non	656	59,9	1,0	-	692	61,0	1,0	-
Oui	212	76,9	1,5*	[1,0-2,3]	267	78,3	1,6*	[1,1-2,4]
Situation administrative								
Nationalité française	149	71,1	1,0	-	272	72,8	1,0	-
Carte de résident	320	67,5	0,8	[0,5-1,3]	303	75,6	0,7	[0,5-1,2]
Carte de séjour temporaire	250	59,2	0,8	[0,5-1,3]	289	50,5	0,4***	[0,3-0,7]
Autorisation provisoire ou sans titre	149	57,7	0,6	[0,4-1,1]	95	61,1	0,3***	[0,2-0,6]
Plusieurs partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois								
Non	764	62,0	1,0	-	917	65,1	1,0	-
Oui	104	78,8	2,0*	[1,2-3,4]	042	81,0	2,0	[0,8-5,0]

* $p < 5$ % ** $p < 1$ % *** $p < 1$ %

¹ Proportion de réalisation d'un test de dépistage VIH au cours de la vie

² Odds-ratio ajusté

³ Intervalle de confiance à 95 %

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

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

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

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

Conclusion

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

Références

- [1] Couturier E, Brossard Y, De Benoist AC, Six C, Larsen C, Henrion R, et al. Prévalence de l'infection VIH chez les femmes enceintes de la région parisienne. Une enquête anonyme non corrélée : PREVAGEST 1991-1993-1995-1997. Bull Epidemiol Hebd. 1998; (18):73-5.
- [2] Surveillance du VIH/sida en France. Rapport semestriel n° 1. Données sida au 30 septembre 2002. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2003. http://www.invs.sante.fr/publications/2003/vih_sida_n1/rapport_vih_sida_n1.pdf [Dernière consultation le 10-12-2007].
- [3] Des outils et une étude pour mieux aborder la prévention du sida auprès des personnes d'origine étrangère vivant en France. Communiqué de presse du 24 juin 2002. Saint-Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2002. <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/02/dp020625.pdf> [Dernière consultation le 10-12-2007].
- [4] Lydié N (dir.), Beltzer N, Fénies K, Halfen S, Lert F, Le Vu S. Les populations africaines d'Ile-de-France face au VIH/sida - Connaissances, attitudes, croyances et comportements. Saint-Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2007. http://www.inpes.sante.fr/index.asp?page=Barometres/Etude_sida_migrants/integral/synthese_propositions/2.asp [Dernière consultation le 10-12-2007].
- [5] Beltzer N, Lagarde M, Wu-Zhou X, Vongmany N, Grémy I. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/Sida en France 1992-2004. Paris: Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2005. http://www.ors-idf.org/etudes/pdf/Rapport_KABP_FR_2004.pdf [Dernière consultation le 10-12-2007].
- [6] Halfen S, Fenies K, Ung B, Gremy I. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/Sida aux Antilles et en Guyane en 2004. Paris: Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2006. <http://www.ors-idf.org/etudes/pdf/KABPDFARapport.pdf> [Dernière consultation le 10-12-2007].
- [7] Le Vu S, Lot F, Semaille C. Les migrants africains au sein du dépistage anonyme du VIH, 2004. Bull Epidemiol Hebd. 2005;(46-47):233-5.
- [8] Delpierre C, Dray-Spira R, Cuzin L, Marchou B, Massip P, Lang T, et al. Correlates of late HIV diagnosis: implications for testing policy. Int J STD AIDS. 2007; 18(5):312-7.
- [9] Halfen S. Recours au dépistage du VIH dans la population générale adulte des Antilles et de la Guyane en 2004 et comparaison avec la population vivant en métropole. Bull Epidemiol Hebd. 2008; (7-8):55-8.
- [10] ONUSIDA/OMS. Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé. Genève: Organisation mondiale de la santé - Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2007. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789242595567_fre.pdf [Dernière consultation le 10-12-2007].

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

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

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

Résumé / Abstract

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

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

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

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

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

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

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

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

Mots clés / Key words

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

Introduction

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

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

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

Matériel et méthodes

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

Résultats

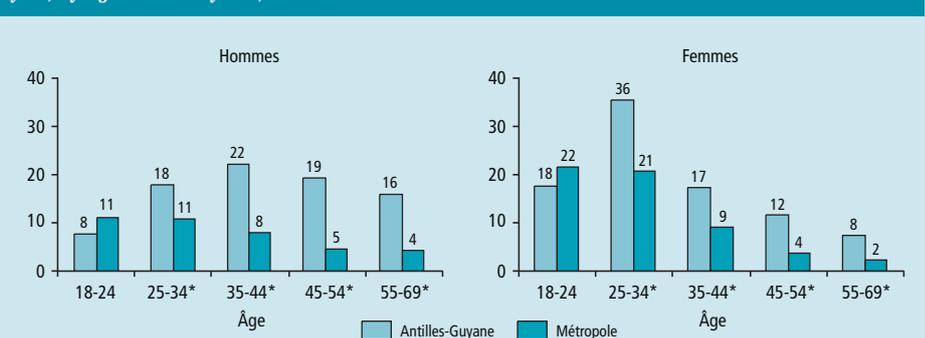
Un recours plus fréquent au dépistage dans les DFA

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

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

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

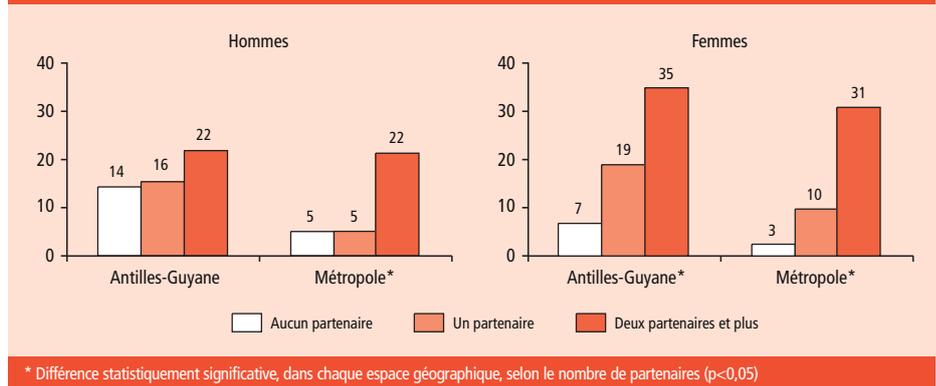
Figure 1 Pourcentage d'individus ayant déclaré avoir eu recours, au moins une fois, à un test de dépistage du VIH au cours des douze mois précédant l'enquête selon l'âge et le lieu d'enquête, France
Figure 1 Percentage of respondents who reported having had, at least once, a HIV test in the last year,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



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

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

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



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

le baccalauréat).

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

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

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

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

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

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

Discussion - Conclusion

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

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

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

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

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

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

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

Remerciements

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

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

Références

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



INSTITUT
DE VEILLE SANITAIRE

Inserm

Institut national
de la santé et de la recherche médicale

Comité national des registres Appel à qualification 2008

Un registre est un recueil continu et exhaustif de données nominatives intéressant un ou plusieurs événements de santé dans une population géographiquement définie, à des fins de recherche et de santé publique, par une équipe ayant les compétences appropriées.

(Arrêté du 9 octobre 2006 relatif au Comité national des registres)

Les demandes de qualification devront concerner des projets répondant à de réels besoins en santé publique et en recherche, besoins ne pouvant être couverts que par le recours à un registre. En conséquence, les dossiers devront faire état :

- d'une **activité de santé publique**, notamment de surveillance sanitaire, susceptible d'orienter les décideurs locaux et/ou nationaux ;
- d'une **activité de recherche** propre ou en collaboration avec des équipes labellisées de recherche dans au moins l'un des domaines suivants : clinique, épidémiologique, biologique, santé publique ou sciences humaines et sociales.

Seuls les projets faisant état d'un début d'enregistrement seront examinés.

Le Comité national des registres accordera un intérêt particulier aux projets :

- incluant la participation active à un **réseau national, européen ou international** d'enregistrement du même événement de santé ;
- se situant dans des **aires géographiques non encore couvertes** ou **concernant des événements de santé non encore traités par un registre**.

Les registres de Maladies Rares ne sont pas concernés par cet appel à qualification car ils font l'objet d'une procédure de qualification relevant du Comité des registres spécifique des registres des maladies rares.

La procédure de soumission est la suivante :

- **Pour les registres non qualifiés actuellement**, les personnes intéressées devront préalablement à la demande de qualification **soumettre une lettre d'intention**. La lettre, conforme au formulaire type correspondant, devra être adressée au Comité national des registres (CNR) au plus tard le **29 février 2008**. Les lettres d'intention seront examinées puis sélectionnées par les membres du CNR. Seuls les registres non qualifiés dont la lettre d'intention aura été sélectionnée par le CNR pourront faire l'objet d'une demande de qualification.
- **Pour les registres qualifiés** dont la qualification arrive à échéance le 31 décembre 2008 **et les registres non qualifiés dont la lettre d'intention aura été sélectionnée par le CNR (cf. supra)**, le dossier complet de **demande de qualification** devra être adressé au CNR au plus tard le **4 juin 2008**. Les dossiers seront ensuite évalués par des experts de l'Institut de Veille Sanitaire et de l'Inserm, puis par le CNR.

Les formulaires de soumission peuvent être obtenus :

- lettre d'intention type à partir du 18 janvier 2008 : **format pdf, format word** ;
- dossier type de demande de qualification à partir du **07 avril 2008**.

Par téléchargement depuis les sites Internet de l'InVS et de l'Inserm ; www.invs.sante.fr ; www.inserm.fr
Par courrier auprès de l'**Institut de veille sanitaire, Secrétariat du Comité national des registres, 12 rue du Val d'Osne, 94415 Saint-Maurice Cedex.**

Dates limites de dépôt

Lettre d'intention : 29 février 2008

Dossier de qualification : 04 juin 2008

Des renseignements complémentaires peuvent être demandés au secrétariat du CNR :

Mme Anne DOUSSIN
Institut de veille sanitaire (InVS)
Département des maladies chroniques
et des traumatismes
Courriel : a.doussin@invs.sante.fr
Secrétariat : 01 55 12 53 18

Mme Sylvie LEDOUX
Institut national de la santé et de la recherche
médicale (Inserm)
Département recherche en santé publique
Courriel : sylvie.ledoux@tolbiac.inserm.fr
Secrétariat : 01 44 23 67 47



INSTITUT
DE VEILLE SANITAIRE

Inserm

Institut national
de la santé et de la recherche médicale

Comité national des registres « Maladies rares » Premier appel à qualification 2008

Un registre est un recueil continu et exhaustif de données nominatives intéressant un ou plusieurs événements de santé dans une population géographiquement définie, à des fins de recherche et de santé publique, par une équipe ayant les compétences appropriées.

(Arrêté du 9 octobre 2006 relatif au Comité national des registres)

Les maladies rares sont celles dont la prévalence en population générale est inférieure à 1 sur 2 000 (Plan national Maladies rares 2005-2008)

Les demandes de qualification devront concerner des projets répondant à de réels besoins en santé publique et en recherche, besoins ne pouvant être couverts que par le recours à un registre. En conséquence, les dossiers devront faire état :

- d'une **activité de santé publique**, notamment de surveillance sanitaire, susceptible d'orienter les décideurs locaux et/ou nationaux ;
- d'une **activité de recherche** propre ou en collaboration avec des équipes labellisées de recherche.

L'articulation avec les Centres de référence éventuels devra être précisée.

Seuls seront examinés, les projets qui assurent un suivi des cas, et recueillent des données sur le diagnostic, la prise en charge, le(s) traitement (s).

Le Comité national des registres maladies rares accordera un intérêt particulier aux projets :

- incluant la participation active à un **réseau national, européen ou international** d'enregistrement du même événement de santé ;
- développant des **travaux de recherche dans le domaine du diagnostic et/ou de la thérapeutique**.

Seuls les projets faisant état d'un début d'enregistrement seront examinés.

La procédure de qualification se fait en 2 temps :

• **Les responsables scientifiques** intéressés devront **soumettre une lettre d'intention**. La lettre, conforme au formulaire type correspondant, devra être adressée au Comité national des registres maladies rares (CNR-MR) au plus tard le **7 mars 2008**. Les lettres d'intention seront examinées puis sélectionnées par les membres du CNR-MR. Seuls les projets dont la lettre d'intention aura été sélectionnée par le CNR-MR pourront déposer un dossier de demande de qualification.

• **Pour les projets dont la lettre d'intention aura été sélectionnée par le CNR-MR (cf. supra)**, le dossier complet de demande de qualification devra être adressé au CNR-MR au plus tard le **20 juin 2008**. Les dossiers seront ensuite évalués par des experts de l'Institut de Veille Sanitaire et de l'Inserm, puis par le CNR-MR.

Les formulaires de soumission peuvent être obtenus :

- lettre d'intention type à partir du 25 janvier 2008 (téléchargez au **format pdf ou au format word**)
- dossier type de demande de qualification à partir du **14 avril 2008** par téléchargement depuis les sites web de l'InVS et de l'Inserm : **www.invs.sante.fr ; www.inserm.fr**

Dates limites de soumission

Lettre d'intention : 7 mars 2008

Dossier de qualification : 20 juin 2008

Mme Odile KREMP
Institut de veille sanitaire (InVS)
Département des maladies chroniques
et des traumatismes
Courriel : o.kremp@invs.sante.fr

Mme Sylvie LEDOUX
Institut national de la santé et de la recherche
médicale (Inserm)
Département recherche en santé publique
Courriel : sylvie.ledoux@tolbiac.inserm.fr

La publication d'un article dans le BEH n'empêche pas sa publication ailleurs. Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leur(s) auteur(s) et peuvent être reproduits sans copyright avec citation exacte de la source.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <http://www.invs.sante.fr/BEH>

Directrice de la publication : Dr Françoise Weber, directrice générale de l'InVS
Rédactrice en chef : Judith Benrekassa, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Rédactrice en chef adjointe : Valérie Henry, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Secrétaire de rédaction : Farida Mihoub, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Comité de rédaction : Dr Sabine Abitbol, médecin généraliste ; Dr Thierry Ancelle, Faculté de médecine Paris V ; Dr Denise Antona, InVS ; Dr Catherine Buisson, InVS ; Dr Christine Chan-Chee, InVS ; Dr Sandrine Danet, Drees ; Dr Isabelle Gremy, ORS Ile-de-France ; Dr Rachel Haus-Cheymol, Service de santé des Armées ; Dr Christine Jestin, Inpes ; Eric Jouglu, Inserm CépiDc ; Dr Bruno Morel, InVS ; Josiane Pillonel, InVS ; Dr Sandra Sinno-Tellier, InVS ; Hélène Therre, InVS.
N°CPP : 0206 B 02015 - N°INPI : 00 300 1836 - ISSN 0245-7466

Diffusion / abonnements : Institut de veille sanitaire - BEH rédaction
12, rue du Val d'Osne - 94415 Saint-Maurice Cedex
Tél : 01 55 12 53 25/26
Fax : 01 55 12 53 35 - Mail : redactionbeh@invs.sante.fr
Tarifs 2007 : France et international 52 € TTC
Institut de veille sanitaire - Site Internet : www.invs.sante.fr
Imprimerie : Actis / Maulde & Renou Paris
16-18, quai de la Loire - 75019 Paris