

ENQUÊTES

ATTITUDE ET OPINIONS DES UTILISATEURS DE PRÉSERVATIFS

I. DE VINCENZI, M.-A. SOLE-PLA, C. CHAN CHEE, R. ANCELLE, G. PIALOUX*, J.-B. BRUNET

Étude réalisée par le Centre européen de surveillance et d'épidémiologie du SIDA
(Centre collaborateur OMS-CEE)

INTRODUCTION

À l'heure actuelle, la prévention reste la seule méthode pour limiter l'épidémie de SIDA, et l'utilisation du préservatif est une des principales mesures préventives recommandées. Néanmoins, il existe encore de fortes résistances à son utilisation. Nous avons effectué une enquête à l'aide d'un auto-questionnaire anonyme, dans deux populations d'utilisateurs de préservatifs, afin de mieux cerner les modalités d'utilisation, les opinions des utilisateurs, et les difficultés rencontrées. À cause de la répercussion possible sur l'acceptabilité des préservatifs, il nous a également semblé important d'évaluer les taux de rupture de préservatifs et d'analyser les circonstances de survenue de ces ruptures.

MÉTHODOLOGIE

Dans un premier temps, un auto-questionnaire a été diffusé par le quotidien national *Liberation*, en novembre 1989.

Au cours du premier semestre 1990, ce questionnaire anonyme a été distribué avec une enveloppe de retour préaffranchie, aux acheteurs de préservatifs par des pharmaciens parisiens. 50 pharmacies vendant au moins 10 boîtes de préservatifs par semaine et choisies dans les différents quartiers de Paris ont accepté de participer. Pour 19 pharmacies, la participation a été faible, moins de 5 clients par pharmacie ayant rempli le questionnaire. Pour les clients des 31 autres pharmacies, le taux de réponse moyen a été de 26 %. Nous présentons ici l'analyse de 1 140 questionnaires, soit 869 réponses obtenues par le journal et 271 par les pharmacies. Les résultats sont donnés sans distinction du mode de recrutement (journal ou pharmacies) sauf dans les cas où il existe une différence significative entre les deux populations.

Le taux de rupture des préservatifs est calculé en divisant le nombre de préservatifs déchirés durant les 3 derniers mois par le nombre de préservatifs utilisés durant la même période. La question concernant le nombre de ruptures dans les 3 derniers mois ayant été omise à l'impression du questionnaire dans le journal, les taux de rupture n'ont pu être analysés qu'à partir des réponses obtenues par l'intermédiaire des pharmacies.

RÉSULTATS

I. CARACTÉRISTIQUES DES UTILISATEURS DES 2 ÉCHANTILLONS, MOTIFS ET MODALITÉS D'UTILISATION

859 répondants (journal : 615, pharmacies : 244) avaient utilisé au moins un préservatif au cours des 3 derniers mois.

Le niveau socioprofessionnel des répondants des 2 échantillons est élevé puisque 36,9 % (N = 317) sont des cadres supérieurs ou exercent une profession libérale. Les professions intermédiaires (professions paramédicales, instituteurs, techniciens...) représentent 22,5 % (N = 193), 18,6 % (N = 160) sont étudiants et 12,8 % (N = 110) sont des employés. Les autres profes-

sions (commerçants, ouvriers...) sont très peu représentées. 7 femmes prostituées ont également participé. Dans l'échantillon des pharmacies, les proportions d'étudiants (23,6 %) et d'employés (15,4 %) sont un peu plus importantes que dans l'échantillon du journal (respectivement 17,1 % et 12,0 %), alors que la proportion de professions intermédiaires est plus importante dans l'échantillon du journal (26,4 % versus 13,3 %).

Les femmes représentent 26,5 % (N = 228) de l'échantillon avec un âge médian de 28 ans (15 à 58 ans).

La répartition des hommes (73,5 % ; N = 631) en fonction de leur orientation sexuelle est différente dans les 2 échantillons. Dans l'échantillon du journal, on trouve 56,7 % d'hétérosexuels (N = 255), 28,7 % d'homosexuels (N = 129), 14 % de bisexuels (N = 63) et 3 personnes d'orientation sexuelle non précisée. Dans l'échantillon des pharmacies, 76,8 % des hommes se déclarent hétérosexuels (N = 139), 15,5 % homosexuels (N = 28) et 7,7 % bisexuels (N = 14).

L'âge médian est de 30 ans (16 à 61 ans) pour les hommes hétérosexuels, de 33 ans (21 à 60 ans) pour les homosexuels et de 32 ans (18 à 57 ans) pour les bisexuels.

59,5 % (N = 364) des hétérosexuels hommes et femmes, et 88 % (N = 206) des homosexuels et bisexuels déclarent plus d'un partenaire sexuel au cours de l'année 1989 (hétérosexuels : médiane de 2 partenaires ; homo/bisexuels : médiane de 10 partenaires).

Motifs d'utilisation des préservatifs.

Parmi les hétérosexuels (N = 622), les motifs d'utilisation sont les mêmes chez les hommes et chez les femmes. 29,4 % (N = 183) utilisent les préservatifs uniquement comme moyen contraceptif, 26 % (N = 162) uniquement en prévention contre les M.S.T. et le SIDA, 38,1 % (N = 237) pour les deux raisons et 4,5 % (N = 28) l'utilisent car eux-mêmes sont séropositifs ou ont un partenaire séropositif (12 réponses non précisées).

Parmi les homosexuels et les bisexuels, 26 % (N = 61) disent utiliser les préservatifs à cause de leur séropositivité ou de celle de leur partenaire.

Utilisation de lubrifiants

Parmi les hétérosexuels, 84,6 % (N = 526) n'ajoutent aucun lubrifiant supplémentaire lors de l'utilisation des préservatifs, 6,1 % (N = 38) utilisent la salive comme lubrifiant et 8 % (N = 50) ajoutent un produit lubrifiant (8 réponses non précisées).

Parmi les 234 homosexuels et bisexuels, 26,5 % (N = 62) n'ajoutent aucun produit, 12 % (N = 28) n'ajoutent que de la salive et 61,5 % (N = 144) ajoutent un lubrifiant.

Parmi tous ceux qui ajoutent un lubrifiant lors de l'utilisation du préservatif, un sujet sur trois mentionne des produits gras, connus pour détériorer le latex. Cette proportion est identique pour les homosexuels et les hétérosexuels.

* Hôpital Pasteur.

Caractéristiques des utilisateurs « confirmés ».

Parmi les 859 répondants, 71 % se considèrent comme des utilisateurs confirmés. Les homosexuels et les bisexuels se disent plus confirmés dans l'utilisation des préservatifs que les hétérosexuels : 81,1 % contre 67,1 % ($p < 10^{-4}$).

Parmi les hétérosexuels, ceux qui utilisent les préservatifs comme moyen de contraception se considèrent plus souvent confirmés que ceux qui les utilisent comme moyen de prévention des M.S.T. [65,9 % versus 52,3 %] ($p < 10^{-2}$).

Les utilisateurs expérimentés sont plus souvent sélectifs quand ils achètent des préservatifs (en fonction des marques, de l'absence ou de la présence d'un réservoir ou d'une prélubrification), et plus souvent fidèles à une marque particulière que ceux qui sont à leurs débuts dans l'utilisation des préservatifs (80,8 % versus 64,4 % ; $p < 10^{-5}$).

II. OPINIONS SUR LES PRÉSERVATIFS (fig. 1 et 2) :

Globalement, les répondants ayant utilisé au moins un préservatif dans les 3 derniers mois trouvent à 95 % que le prix n'est pas un facteur limitant leur consommation de préservatifs, à 85 % que son utilisation est facile ou très facile, à 96 % qu'il est facile ou très facile de s'en procurer, à 68 % que les sensations ne sont pas ou peu altérées lors de son utilisation et 79 % qu'il est facile ou très facile d'en proposer l'utilisation à son partenaire. Pour comparer les opinions des utilisateurs aux opinions des non-utilisateurs (ou utilisateurs moins réguliers), nous avons également analysé les opinions des 281 personnes n'ayant pas utilisé de préservatifs dans les 3 derniers mois.

Trois facteurs semblent liés aux opinions des consommateurs : le niveau d'expérience dans l'utilisation du préservatif, l'orientation sexuelle et le motif d'utilisation.

Figure 1. — Opinions des utilisateurs en fonction de leur niveau d'expérience

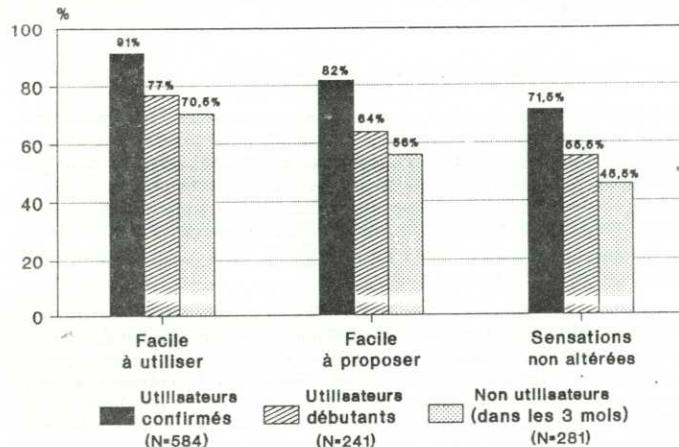
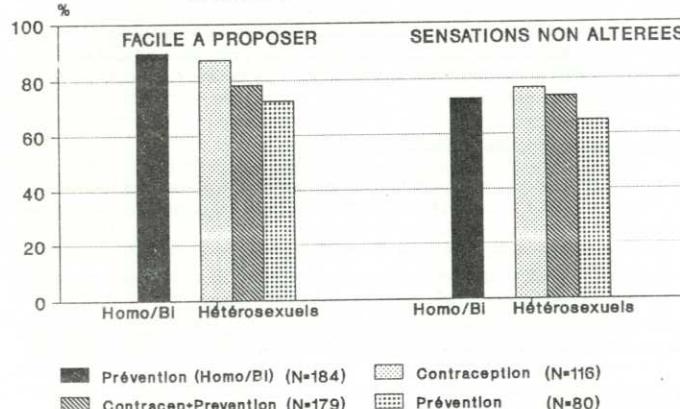


Figure 2. — Opinions des utilisateurs confirmés en fonction du motif d'utilisation



La facilité d'utilisation dépend principalement du niveau d'expérience : 91 % des utilisateurs « confirmés » trouvent le préservatif facile à utiliser ; cette proportion tombe à 77 % pour les utilisateurs débutants, et à 70,5 % pour les répondants n'ayant pas utilisé de préservatif dans les 3 derniers mois ($p < 10^{-6}$). Les utilisateurs confirmés éprouvent également plus de facilité à le proposer à un partenaire que les débutants et les non-utilisateurs [respectivement 82 %, 64 % et 56 % ($p < 10^{-6}$)].

Parmi les utilisateurs confirmés, les homosexuels et bisexuels éprouvent plus de facilité que les hétérosexuels à le proposer à un partenaire (90 % versus 77 %, $p < 10^{-4}$), et les hétérosexuels l'utilisant comme contraceptif plus que les hétérosexuels l'utilisant comme moyen préventif (87,5 % versus 72,5 %, $p < 10^{-3}$). Les mêmes tendances sont observées chez les utilisateurs non confirmés, mais de façon moins nette.

Les sensations de plaisir non altérée sont, de la même façon, liées au motif d'utilisation et au niveau d'expérience (fig. 1 et 2). En revanche, les opinions sur le prix et la facilité d'accès ne varient pas entre les utilisateurs et les non-utilisateurs.

III. TAUX DE RUPTURE

Le taux de rupture des préservatifs n'a pu être étudié que dans l'échantillon des pharmacies, à partir des réponses de 244 sujets ayant utilisé au moins un préservatif dans les 3 derniers mois. Le nombre total de préservatifs utilisés dans les trois derniers mois est de 8 024, avec une médiane de 20 préservatifs par personne, sans différence significative entre les hétérosexuels et les homo/bisexuels.

75 % des répondants (183) n'ont expérimenté aucune rupture dans les 3 derniers mois. Parmi les homosexuels et les bisexuels, 50 % (21) ont rapporté des ruptures, comparé à 19 % (37) parmi les hétérosexuels hommes et femmes (prostituées exclues) [$p < 10^{-4}$].

Les causes de rupture des préservatifs les plus fréquemment rapportées par les sujets sont un manque de lubrification ou l'utilisation de lubrifiants inadaptés (29,5 %), le manque d'expérience (18,0 %), une taille de préservatif inadéquate (19,7 %), des rapports prolongés ou violents (6,6 %). 26 % ne rapportent aucune cause de rupture.

Les problèmes de lubrification sont plus souvent rapportés par les homosexuels et les bisexuels alors que le manque d'expérience et la déchirure au moment de la mise en place sont plus souvent rapportés par les hétérosexuels.

Taux de rupture en fonction des caractéristiques des utilisateurs

Le taux de rupture est de 44,2 pour 1 000 [I.C. à 95 % : 33,7 – 54,7] préservatifs utilisés par les homo/bisexuels et de 14,7 pour 1 000 [11,2 – 18,2] pour les hétérosexuels ($p < 10^{-6}$). Les prostituées ont un taux de rupture significativement plus bas que les autres hétérosexuels [6,4 pour 1 000 (2,8 – 10,0) ; $p = .006$].

Les sujets se considérant comme utilisateurs confirmés ont un taux de rupture inférieur à ceux qui se sentent moins confirmés [O.R. = 0,4 (0,2 – 0,6)]. Parmi les hétérosexuels, les taux sont de 10,3 pour 1 000 [7,6 – 12,9] et 23,7 pour 1 000 [12,9 – 34,5] pour les 2 sous-groupes ; parmi les homo/bisexuels, ils sont de 34,1 pour 1 000 [24,0 – 44,2] et 97,9 pour 1 000 [56,1 – 139,7] respectivement.

Le taux de rupture plus important chez les homosexuels et chez les bisexuels peut-il être expliqué (du moins partiellement) par l'utilisation de lubrifiant et la fréquence plus élevée des rapports anaux ? Pour tenter d'y répondre, nous avons divisé notre échantillon en 4 groupes : des hétérosexuels utilisant des préservatifs pour des rapports vaginaux exclusivement ($N = 153$) ; des hétérosexuels ($N = 42$) et des bisexuels ($N = 14$) utilisant des préservatifs pour des rapports anaux et vaginaux ; des homosexuels utilisant des préservatifs pour des rapports anaux exclusivement ($N = 27$). Pour chacun des groupes, nous avons noté l'utilisation ou non de lubrifiants.

Lorsqu'aucun lubrifiant supplémentaire n'est utilisé, il n'y a pas de différence significative entre les 4 groupes et le taux de rupture moyen est de 13,7 pour 1 000 [10,3 – 17,1]. Lorsqu'il y a ajout de lubrifiant, le taux de rupture lors des rapports vaginaux n'est pas significativement augmenté (11,6 pour 1 000). En revanche, lorsque le préservatif est utilisé pendant les rapports anaux, le taux de rupture est significativement augmenté si un produit lubrifiant est ajouté, quelle que soit l'orientation sexuelle [O.R. = 6,1 (2,9 – 13,1)].

DISCUSSION

L'enquête n'avait pas pour but de décrire les habitudes sexuelles des Français, ni l'utilisation des préservatifs chez les Français en général ; elle ne s'adressait qu'aux utilisateurs. D'ailleurs, nos répondants semblent avoir une vie sexuelle particulièrement active : plus d'un sur deux déclare avoir eu plus d'un partenaire dans l'année. Dans une enquête sur la sexualité des Français en Rhône - Alpes en 1989, 17 % seulement reconnaissaient avoir eu plus d'un partenaire dans l'année.

Comme il était impossible d'obtenir un échantillon représentatif des utilisateurs de préservatifs (base de sondage inexistante), nous avons réalisé cette étude dans 2 populations, afin de limiter l'influence des biais de recrutement sur les résultats. Les caractéristiques socio-démographiques sont néanmoins proches et seule l'orientation sexuelle des répondants diffère de façon importante dans les 2 populations. Les mêmes tendances concernant les opinions, les modalités et les difficultés d'utilisation ont été retrouvées dans les 2 populations.

Une information sur les lubrifiants semble nécessaire. En effet, même si la majorité des répondants de notre étude se déclarent utilisateurs confirmés, un tiers de ceux qui utilisent un lubrifiant supplémentaire reconnaît utiliser des produits gras. S'il est presque toujours spécifié dans les conseils d'utilisation que seuls les lubrifiants hydro-solubles doivent être utilisés, ce terme est probablement insuffisamment explicite pour le consommateur. D'après nos résultats, le rôle fragilisant de certains lubrifiants semble particulièrement important lors des rapports anaux. Une meilleure information pourrait probablement faire diminuer le taux de rupture important observé chez les homosexuels et bisexuels (44 ruptures pour 1 000 préservatifs utilisés), population où l'utilisation de lubrifiants est très répandue (61,5 % des sujets).

Les hétérosexuels expérimentés et utilisant les préservatifs uniquement lors des rapports vaginaux présentent le taux de rupture le plus faible (10 ruptures pour 1 000 préservatifs utilisés). Depuis 1987, les contrôles de qualité sont obligatoires en France, et les préservatifs de mauvaise qualité ont été retirés du marché. Néanmoins, il est possible qu'il existe encore des différences de qualité entre les marques utilisées par les répondants, ce qui pourrait jouer un rôle dans la survenue de ruptures.

À l'évidence, l'utilisation du préservatif demande une période d'acceptation et d'adaptation. Passée cette période, il semble que son utilisation devienne plus facile, tant d'un point de vue psychologique (sensations moins altérées, plus grande facilité à le proposer à un partenaire), que technique (facilité d'utilisation et diminution du taux de rupture). Les taux les plus élevés de

mauvaises opinions sont observés chez les non-utilisateurs. Dans la population hétérosexuelle, l'utilisation du préservatif comme moyen de contraception aide à mieux l'accepter, à le proposer plus facilement à un partenaire, et à apprendre à l'utiliser. Il est donc possible que la réhabilitation du préservatif comme mode de contraception favorise son acceptation par les hétérosexuels. Cependant, la transition d'un autre mode de contraception vers le préservatif devrait alors inclure une phase d'adaptation et d'apprentissage où le mode de contraception initial serait conservé.

Nous tenons à remercier M. Vaysette (vice-président du conseil de l'ordre des pharmaciens) et tous les pharmaciens ayant participé à cette étude, ainsi que la rédaction du journal *Libération*. Tous nos remerciements également aux personnes ayant répondu au questionnaire.

SÉROPRÉVALENCE V.I.H. CHEZ LES PATIENTS CONSULTANT POUR M.S.T. RÉSULTATS DANS 6 DISPENSAIRES ANTIVÉNÉRIENS PARISIENS

L. MEYER (1), A. CAVELIER (2), M. BERNHARDT (3), J.-M. BOHBOT (4), H. BRUNET (3), V. FABRIZZI (5),
J. FRANCESCHINI (6), H. HELAL (7), J.-P. MERTZ (5), P. MOREL (8)

Le système de surveillance du SIDA en France permet de suivre l'évolution du nombre de cas de SIDA. Les tendances de l'épidémie peuvent ainsi être connues, mais avec retard, la durée médiane d'incubation étant actuellement estimée à environ dix ans. L'étendue et la progression de l'infection V.I.H. dans la population française devraient pouvoir être estimées plus rapidement. La surveillance épidémiologique de l'évolution de la séroprévalence V.I.H. est difficilement envisageable dans un échantillon représentatif de la population générale. La stratégie alternative est de mettre en place des systèmes de surveillance dans diverses populations sentinelles bien définies; c'est alors la juxtaposition des tendances observées dans ces différentes populations qui peut permettre de donner des indications sur l'évolution de la séroprévalence. Cette stratégie est déjà appliquée en France depuis plusieurs années pour la surveillance des maladies sexuellement transmissibles (M.S.T.). Parmi les différents groupes sentinelles possibles, celui des femmes enceintes a déjà été retenu pour la surveillance de la séroprévalence V.I.H. Du fait de la transmission sexuelle du V.I.H., la population des patients atteints de M.S.T. constitue un autre groupe intéressant à surveiller. Ces patients ont un risque plus grand d'être infectés par le V.I.H. que les patients non atteints de M.S.T.; ayant en moyenne un plus grand nombre de partenaires sexuels, ils ont aussi un risque plus grand de transmettre l'infection. L'hypothèse est que la surveillance de ce groupe sentinelle permettra plus aisément et plus rapidement de déceler d'éventuelles modifications de l'épidémie de V.I.H.

L'objectif de l'étude présentée ici était de tester la faisabilité d'une surveillance de la séroprévalence V.I.H. chez les patients atteints de M.S.T. et d'estimer, dans cette population, des séroprévalences par groupe de transmission.

MÉTHODES

Les patients atteints de M.S.T. peuvent en France consulter dans de multiples structures, en particulier dans les dispensaires antivénériens (D.A.V.), structures où les diagnostics et les traitements (au moins pour 4 M.S.T.) sont gratuits. 6 D.A.V. de Paris ont été sélectionnés pour l'étude de faisabilité. En effet, Paris représente une zone où la prévalence du V.I.H. est supérieure à la moyenne nationale; par ailleurs, les D.A.V. y sont très hétérogènes dans leur recrutement et peuvent donc fournir un échantillon diversifié de patients M.S.T. Les D.A.V. inclus étaient les suivants : institut Arthur-Vernes, hôpital de la Cité universitaire, institut Alfred-Fournier, hôpital Saint-Louis, hôpital Tarnier et dispensaire de la rue de Valois. À Paris, les D.A.V. ne sont pas centres de dépistage anonyme et gratuit pour le V.I.H.

Étaient inclus dans l'étude tous les patients se présentant dans un de ces D.A.V. pour une suspicion de nouvel épisode de M.S.T., qu'ils connaissent ou non leur statut sérologique pour le V.I.H., et n'ayant pas consulté pour M.S.T. dans les 3 derniers mois. La définition d'une M.S.T. pouvait être clinique (urétrite, végétations vénériennes, etc.) et/ou biologique (gonococcie, syphilis, etc.). Étaient donc exclus tous les patients se présentant pour une visite de suivi de M.S.T. ou pour une demande isolée de sérologie V.I.H.

Un questionnaire posé par le médecin portait sur les caractéristiques socio-démographiques et le mode de vie sexuelle. Une sérologie V.I.H. gratuite était ensuite proposée à tous ces patients, sauf s'ils étaient déjà connus avec certitude comme étant séropositifs. Cette sérologie n'était pratiquée qu'avec leur consentement. Un Western-Blot de confirmation était effectué dans tous les cas d'*Elsa* positifs.

Les calculs de séroprévalences ont été effectués en rapportant le nombre de patients V.I.H. positifs (antérieurement connus ou dépistés dans l'étude) au nombre de patients dont le statut sérologique pour le V.I.H. pouvait être déterminé.

La période d'étude a duré 8 semaines, du 15 janvier au 9 mars 1990.

RÉSULTATS

Au total, 921 patients consultant pour suspicion de M.S.T. ont été inclus dans l'étude, dont 627 (68 %) hommes. L'analyse de l'orientation sexuelle des hommes confirme l'hétérogénéité des centres choisis, 2 d'entre eux, Valois et Arthur Verne, ayant une clientèle d'homosexuels et de bisexuels supérieure à 40 % de leur clientèle masculine, cette proportion étant de l'ordre de 10 % dans les dispensaires de Saint-Louis, Tarnier et de l'hôpital de la Cité Universitaire.

La contribution d'un des D.A.V., A. Fournier, est artificiellement faible, 2 des médecins seulement ayant participé à l'enquête. L'âge moyen était de 28 ans, un centre (Tarnier) avait un recrutement plus jeune ($m = 26$ ans). Le pourcentage de patients nés dans les pays où le V.I.H. est endémique dans la population hétérosexuelle était globalement de 7 %, avec un centre (Valois) gros recruteur (23 %). Le pourcentage de sujets ayant déjà pris des drogues par voie intraveineuse depuis 1980 était de l'ordre de 2 %. Par ailleurs, 17 % des consultants se déclaraient sans couverture sociale (de 5 à 31 % selon les centres).

Parmi les 921 patients consultant pour M.S.T., 41, soit 4,5 % (5,7 % chez les hommes et 1,7 % chez les femmes) étaient déjà connus avec certitude comme séropositifs avant l'entrée dans l'étude. La sérologie ne leur a donc pas été proposée. Sur les 880 patients inclus et éligibles pour une sérologie, 192 (22 %) n'ont pas été testés, la sérologie n'ayant pas été proposée par le médecin (5 %) ou n'ayant pas été acceptée par le patient (18 %). Les motifs de refus du test n'étaient pas explorés systématiquement dans cette étude; dans 13 cas une sérologie négative datant de moins de 3 mois a été spécifiée comme raison pour ne pas refaire un test. Sur les 686 sérums qui ont été analysés (2 n'ont pu l'être pour des raisons techniques), 20 ont été découverts positifs, soit un pourcentage de 3 % (3,9 % chez les hommes et 1,2 % chez les femmes).

Pour prendre en compte dans les calculs de séroprévalence les 13 patients non testés ayant eu une sérologie négative récente, trois groupes ont été constitués : statut négatif si test négatif dans les 3 derniers mois ou à l'occasion de cette étude, statut positif si Western-Blot positif dans le passé ou à l'occasion de cette étude, statut indéterminable autrement. Sur les 921 patients, 19 % ($n = 179$) avaient un statut indéterminable. La séroprévalence globale chez les 742 patients de statut déterminable était de 8 %, le tiers ($n = 20$) des 61 patients positifs ont été découverts à l'occasion de cette étude, les 41 autres connaissaient déjà leur séropositivité. Les tableaux II a et II b décrivent le statut sérologique des patients par sexe et par groupe de transmission. Chez les hommes, la prévalence globale était de 11 %. Les prévalences les plus hautes (47 %) étaient retrouvées chez les homosexuels, et les plus basses (2 %) chez les hétérosexuels non toxicomanes IV et non nés en pays d'endémie. Chez les femmes, la séroprévalence était de 3 %, variant de 38 % chez les patientes toxicomanes, 19 % chez les femmes nées en pays d'endémie à 1 % chez les femmes sans aucun de ces 2 facteurs.

Le tableau II indique également d'importantes variations selon le groupe de transmission du pourcentage de patients n'ayant pas eu de test. La comparaison avec les patients de statut déterminable montre qu'il s'agissait plus souvent d'hommes, qu'ils étaient plus souvent homo ou bisexuels, plus souvent nés en pays d'endémie, mais moins souvent toxicomanes IV. En outre, ils avaient plus souvent eu 10 partenaires sexuels ou plus dans les 6 derniers mois mais déclaraient plus souvent utiliser systématiquement des préservatifs avec les partenaires occasionnels. La validité de ce dernier item peut sans doute se discuter, puisque ces patients venaient consulter pour suspicion de M.S.T. On ne peut pas, en tout cas, faire l'hypothèse que la prévalence du V.I.H. dans le groupe des 19 % de patients de statut indéterminable était comparable à celle du groupe de statut déterminable.

Il faut noter que certains patients qui avaient refusé le dépistage V.I.H. lors de l'enquête sont revenus quelque temps plus tard pour le demander. Cela souligne l'importance du «counselling» dans la prescription d'une sérologie de dépistage, et celle du temps dont ont parfois besoin les patients pour prendre la décision de se faire tester.

Les 20 patients découverts positifs dans l'étude se répartissaient ainsi : 17 hommes (dont 9 homo/bisexuels, 1 toxicomane bisexual et 1 homme né en pays d'endémie) et 3 femmes (nées en pays d'endémie). La proportion

(1) Service d'épidémiologie - I.N.S.E.R.M. U 292, hôpital de Bicêtre, 94275 Le Kremlin-Bicêtre.

(2) D.A.S.E.S. de Paris, 3, rue Mabillon, 75006 Paris.

(3) Institut Arthur-Vernes, 36, rue d'Assas, 75006 Paris.

(4) Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, 75014 Paris.

(5) Dispensaire Croix-Rouge, 43, rue de Valois, 75001 Paris.

(6) Hôpital de la Cité universitaire, 42, boulevard Jourdan, 75014 Paris.

(7) Hôpital Tarnier, 89, rue d'Assas, 75006 Paris.

(8) Hôpital Saint-Louis, 42, rue Bichat, 75010 Paris.

Cas déclarés pour certaines maladies transmissibles

Par la suite d'un mouvement de protestation des médecins inspecteurs de la santé lancé le 2 avril dernier, les Directions départementales des Affaires sanitaires et sociales ne sont pas en mesure de communiquer normalement à la Direction générale de la Santé les relevés hebdomadaires de déclarations obligatoires de maladies.

Dans ces conditions, la publication des données relatives à la situation épidémiologique hebdomadaire des maladies transmissibles est suspendue à partir du B.E.H. n° 22.

(suite de la page 3)

Tableau II a. – Statut sérologique des 921 patients M.S.T. selon le groupe de transmission chez les hommes

	Tous groupes	Homo/Bisexuels et toxicomanes IV	Homosexuels	Bisexuels	Hétérosexuels Toxicomanes IV	Hétérosexuels Pays d'Endémie	Autres Hétérosexuels
1. Statut V.I.H. + <i>(dont connus antérieurement)</i>	53 (36)	2 (1)	34 (27)	8 (6)	1 (1)	1 (0)	7 (1)
2. Statut V.I.H. -	432 (a) 11 %	0 100 %	38 47 %	30 21 %	8 11 %	29 3 %	325 2 %
3. Séroprévalence V.I.H. = <u>1</u> 1 + 2							
[I.C.] 95 %	[8 %, 14 %]		[36 %, 59 %]	[8 %, 37 %]	[0 %, 45 %]	[0 %, 18 %]	[0,5 %, 4 %]
4. Statut indéterminable (b). <i>(% = $\frac{4}{5}$)</i>	142 (a) (23 %)	0	23 (24 %)	21 (36 %)	1 (10 %)	16 (35 %)	79 (19 %)
5. Total patients M.S.T.	627	2	95	59	10	46	411

(a) 2 hommes non classables dans un groupe de transmission.

(b) Test non proposé ou non accepté.

Tableau II b. – Statut sérologique des 921 patients M.S.T. selon le groupe de transmission chez les femmes

	Tous groupes	Toxicomanes IV	Pays d'endémie	Autres
1. Statut V.I.H. + <i>(dont connus antérieurement)</i>	8 (5)	3 (3)	3 (0)	2 (2)
2. Statut V.I.H. -	247 (a) 3 %	5 38 %	13 19 %	228 1 %
3. Séroprévalence V.I.H. = <u>1</u> 1 + 2				
[I.C.] 95 %	[1 %, 5 %]	[10 %, 72 %]	[4 %, 50 %]	[0 %, 3 %]
4. Statut indéterminable (b). <i>(% = $\frac{4}{5}$)</i>	39 (a) (13 %)	0	5 (24 %)	33 (13 %)
5. Total patients M.S.T.	294	8	21	263

(a) Dont 1 femme non classable dans un groupe de transmission.

(b) Test non proposé ou non accepté.

d'hommes du groupe « à moindre risque » (ni homo/bisexuel, ni toxicomane, ni né en pays d'endémie) était beaucoup plus importante chez les patients découverts positifs que chez ceux déjà connus (respectivement 35 % contre 3 %). Il est impossible dans cette étude de déterminer s'il s'agit de nouvelles contaminations (et donc d'une diffusion de l'épidémie dans les catégories dites « à moindre risque »), ou plutôt d'un effet de sélection (les patients à très haut risque ont été dépistés tôt après la survenue de l'épidémie, et on dépiste maintenant les autres). De plus, les patients étaient interrogés avant le résultat du test, et il est possible que certains aient désiré dans un premier temps minimiser leurs facteurs de risque.

CONCLUSION

En conclusion, le taux de séropositivité V.I.H. chez les patients testés consultant pour M.S.T. était ici de 8 %. Cela confirme que les patients M.S.T. représentent à Paris une population où l'infection V.I.H. est fréquente. Les données de cette étude soulignent l'importance de préciser l'orientation sexuelle, la prise éventuelle de drogues intraveineuses, et le pays d'origine pour interpréter et comparer des chiffres de séroprévalence. La question se pose de savoir si on peut réellement parler ici de mesure de prévalence, puisque l'on n'a pas pu déterminer pendant l'étude le statut sérologique de 19 % des patients et que ces patients n'étaient pas répartis de façon homogène dans les différents groupes de transmission. L'objectif de mesurer une séroprévalence, dans le cadre de la surveillance des fluctuations de l'épidémie dans une population, ne se confond donc pas nécessairement avec

celui de la prévention à mener auprès des individus (conseils personnalisés de prévention des maladies à transmission sexuelle et accès au dépistage volontaire).

Par ailleurs, 3 % des tests effectués chez les patients M.S.T. qui ont accepté le dépistage ont été découverts positifs ; ce taux est très supérieur à celui des femmes enceintes (moins de 0,3 % en région parisienne), et se rapproche de celui des centres d'information et de dépistage anonyme et gratuit (4,6 % à Paris ces 2 dernières années). Ce rendement du dépistage incite à recommander que soit facilité pour les patients présentant une M.S.T. aiguë dans les D.A.V. l'accès au dépistage précoce du V.I.H., d'autant plus que des traitements prophylactiques se développent. La proportion de patients se sachant déjà séropositifs avant de venir consulter pour leur M.S.T. confirme que les activités de prévention et de support doivent être poursuivies aussi auprès des patients porteurs du virus. Cependant, il faut souligner qu'il n'est pas possible de considérer les sujets de cette étude, particulièrement exposés par définition, comme représentatifs de la population séropositive parisienne.

Enfin, le chiffre de 17 % de patients se déclarant sans couverture sociale souligne l'importance du rôle social que les D.A.V. ont à tenir.

Remerciements aux équipes médicales et paramédicales des 6 D.A.V., au Pr Pérol (hôpital Saint-Louis), aux Drs Guinard et Ploussard (laboratoire Saint-Marcel de la ville de Paris), aux Drs J.-B. Brunet et I. de Vincenzi (centre collaborateur O.M.S.) et à L. Aussel (U 292).

Directeur de la publication : M. Maurice ROBERT

Rédacteur en chef : Dr Elisabeth BOUVET

Rédaction : Drs Jean-Baptiste BRUNET, Loetizia FROMENT, Bruno HUBERT,

Anne LAPORTE, Colette ROURE

Administration : M. André CHAUVIN – Secrétariat : Mme Sylvie CLUZAN

Direction générale de la Santé

Sous-direction de la Prévention générale et de l'Environnement

Bureau 1 C : 1, place de Fontenoy, 75350 Paris 07 SP - Tél : (1) 47 65 25 54

N° CCP : 2015 AD

Revue disponible uniquement par abonnement : 200 F pour l'ensemble des publications de l'année civile. Le seul mode de paiement accepté est le paiement à la commande. Les demandes d'abonnement doivent être faites exclusivement par courrier adressé à :

IMPRIMERIE NATIONALE – DÉPARTEMENT DIFFUSION
B.P. 637, 59506 DOUAI CEDEX