

MODALITE DU RECOURS AU DEPISTAGE VIH : Résultats d'une étude pilote à Paris.

1 INTRODUCTION

Avec environ 3,8 millions de tests par an (hors don du sang), la France présente un des plus forts taux de dépistage par habitant (82‰) de l'Union Européenne. D'autre part, l'Ile-de-France est la région métropolitaine Française la plus touchée par le sida. Elle concentre environ 40% des nouveaux cas enregistrés en France depuis 2000, avec environ 600 nouveaux cas annuels,¹ et près de la moitié des cas de séropositivité de l'ensemble du territoire national depuis 2003 (Paris et la Seine-Saint-Denis étant les deux départements les plus touchés de la région).²

En 2004, les données de la CNAMTS montraient que plus de 2,3 millions de sérologies de dépistage avaient été prescrites par essentiellement quatre spécialités (78,6% des tests) : médecine générale (43,8% des tests); gynécologie (21,4% des tests) notamment dans le cadre des examens prénataux et des examens obligatoires pour une assistance médicale à la procréation; anesthésie (7,9% des tests) et chirurgie (5,5% des tests) notamment dans le cadre de bilans préopératoires.³ Par comparaison, l'activité de dépistage des CDAG ne représente que 8% des sérologies réalisées en France.⁴ Néanmoins, malgré cette offre de dépistage importante et diversifiée, il persiste de nombreux retards dans le recours au dépistage puisque 36% des personnes infectées sont dépistées alors qu'elles sont déjà à un stade sida ou avec une immunité déjà très altérée.⁵

Dans ce contexte, cette étude a pour objectif d'étudier les caractéristiques sociales associées d'une part au recours au dépistage VIH de manière générale de la population adulte de l'agglomération parisienne (i) et d'autre part, d'analyser les caractéristiques sociales associées plus spécifiquement aux différentes modalités de recours (sur prescription ou de façon volontaire) (ii).

2 MATERIELS / METHODES

Cette étude est réalisée à partir des données de l'enquête Observatoire de la Santé des Parisiens (OSAPIENS). Cette enquête – réalisée en 2006 – est une étude socio épidémiologique transversale par téléphone conduite auprès d'un échantillon de la population parisienne adulte (18-75 ans). Au total 732 interviews ont été réalisées par téléphone entre Novembre et Décembre 2006 auprès d'abonnés sur ligne fixe. La méthode d'échantillonnage devait tenir compte de l'hétérogénéité urbaine de la ville et s'est appuyée sur une stratification des quartiers établie à partir d'une typologie socio-économique. Il s'agit d'un échantillonnage aléatoire à trois degrés : un tirage aléatoire de quartiers a d'abord été réalisé au sein des strates. Puis, à partir d'une base de sondage incluant les listes rouges et blanches (N = 3 130), un échantillonnage aléatoire de ménages disposant d'un poste fixe a été effectué dans chacun

des quartiers. Au sein de chaque ménage, une personne a été sélectionnée de façon aléatoire selon la méthode des anniversaires (méthode Kish).

Le questionnaire s'articule autour de plusieurs thématiques recouvrant un grand éventail de comportements liés à la santé. Les thèmes abordés étaient entre autres : les déterminants psychosociaux de la santé, les attitudes face à la sexualité, aux modes de contraception et aux maladies sexuellement transmissibles ainsi que les recours à la prévention.

Il était demandé dans un premier temps aux personnes interrogées si celles-ci avaient déjà effectuées un test de dépistage du SIDA au cours de leur vie. Cette question était accompagnée d'un questionnaire permettant de définir le dernier test réalisé : date, circonstances et lieu. Il était en particulier demandé aux personnes si ce dernier test avait été réalisé à leur initiative ou s'il s'agissait d'un dépistage opportuniste (don du sang, surveillance de grossesse, prescription d'un médecin, etc.).

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Stata©9.2. Pour tenir compte de la stratégie d'échantillonnage et de la non réponse, les données ont été pondérées et redressées (sur l'âge, le sexe et le niveau socio-économique).

L'échelle de capital social a été réalisée en prenant en compte les réponses à différents items mesurant plusieurs dimensions : support social (présence de soutien matériel dans l'entourage), réseau social (contacts récents avec la famille, les amis, etc.), participation communautaire (participation à des associations, participation aux élections, etc.) et confiance en autrui.

3 RESULTATS

En 2006 à Paris, 64,4% [56,72 ; 71,48] des hommes et 62,4% [54,61 ; 69,6] des femmes déclaraient avoir effectué un test de dépistage du VIH au cours de leur vie. Le dernier test avait été effectué en moyenne 5,4 ans [4,6 ; 6,3] avant l'enquête. Chez les hommes le dernier test avait majoritairement été effectué de manière opportuniste (55,68% [44,96 ; 65,9]) alors que chez les femmes le dernier test était un test volontaire dans 62,8 % des cas [52,36 ; 72,18]. En majorité le dernier test avait été réalisé de manière non anonyme, seuls 24,3% [15,07 ; 36,82] des personnes avaient déclaré avoir effectué ce test dans un Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG).

En ajustant sur le sexe et l'âge, les variables individuelles associées significativement à un non recours au test de dépistage du VIH étaient l'absence d'un médecin référent (OR : 1,64 [1,13 ; 2,39]) et la pratique d'une religion (OR : 2,73 [1,33 ; 5,60]). Une éducation supérieure ainsi qu'un score de capital social élevé semblaient également associés au non-recours à un test de dépistage bien que non significatif (p=0.08).

Après ajustement sur l'ensemble des variables (cf. tableau 1), les facteurs associés au recours à un test volontaire vs. aucun test étaient l'absence de pratique d'une religion (OR : 2,07), ainsi qu'un capital social élevé vs. faible (OR : 2,29).

La non-pratique de la religion était également associé à la probabilité de recourir à un test opportuniste vs. aucun test (OR : 4,2). D'autre part, les individus avec un niveau d'étude supérieur avaient trois fois plus de chance de recourir à un test opportuniste que les individus avec un niveau d'étude primaire.

Tableau 1: Caractéristiques individuelles associées au recours d'un test VIH (analyse multivariée avec ajustement sur le sexe et l'âge)

	Test volontaire vs. aucun test		Test opportuniste vs. aucun test	
<i>Niveau d'éducation</i>				
Primaire	1		1	
Secondaire	1,07	[0,58 ; 2,01]	1,22	[0,53 ; 2,82]
Supérieur	2,14	[0,59 ; 7,85]	3,19	[1,51 ; 6,75]
<i>Présence d'enfant</i>				
Non	1		1	
Oui	0,52	[0,18 ; 1,54]	1,42	[0,74 ; 2,73]
<i>Présence d'un médecin référent</i>				
Non	1		1	
Oui	1,35	[1,02 ; 1,78]	2,38	[0,90 ; 6,28]
<i>Pratique d'une religion</i>				
Oui	1		1	
Non	2,07	[1,09 ; 3,95]	4,23	[1,60 ; 11,15]
<i>Capital social</i>				
Faible	1		1	
Moyen	1,25	[0,61 ; 2,57]	0,54	[0,24 ; 1,21]
Elevé	2,29	[1,02 ; 5,15]	0,90	[0,39 ; 2,03]

4 CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Les individus étaient interrogés de manière rétrospective sur les tests de dépistage VIH réalisés. Les résultats obtenus ici sont donc basés sur des éléments déclaratifs. Le dernier test ayant eu lieu en moyenne 5 ans avant la date de l'enquête, on peut penser qu'il existe un biais de mémoire sur les circonstances du dernier test. De plus il est possible que pour certains enquêtés il y ait eu confusion entre certains examens biologiques effectués en laboratoire et test de dépistage VIH.

Il s'agit ici d'une étude transversale qui ne permet donc pas de mettre en évidence de lien de causalité. Néanmoins on peut supposer au vu des résultats qu'un capital social élevé permettrait un meilleur accès à l'information, ce qui expliquerait cette association entre capital social et recours au test volontaire de dépistage. Une étude précédente a ainsi proposé l'hypothèse que le capital social influencerait sur la diffusion des connaissances et les comportements en matière de santé⁶.

Ces premières analyses laissent apparaître des déterminants individuels différents selon les modalités de dépistage VIH. Le recours à un test volontaire du VIH est positivement associé à la présence d'un médecin référent ainsi qu'à un capital social élevé. L'absence de pratique d'une religion est positivement associée à la fois à la pratique du test volontaire et du test opportuniste.

Préalablement centré sur les populations à risque, le CNS recommande désormais de généraliser la proposition de test de dépistage, dans les régions à forte prévalence, ce qui est le cas de l'Ile-de-France.⁷ Dans ce cadre, l'étude des déterminants du recours au test du dépistage du VIH ainsi que les modalités de celui-ci en population générale devraient permettre de déterminer quelles sont les populations vers qui les propositions de dépistage devraient se porter, indépendamment de tout comportement à risque.

¹ ORS Ile-de-France. Suivi de l'infection à VIH/sida en Ile-de-France. *Bulletin de santé* 2006 ; 11 : 1-8.

² ORS Ile-de-France. Suivi de l'infection à VIH/sida en Ile-de-France. *Bulletin de santé* 2005 ; 10 : 1-8.

³ Données CNMATS. <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/medic-am-generic-am-biolam/biolam-2003-2004.php>

⁴ Le Vu S, Semaille C. Dépistage anonyme et gratuit en France, 2006. *BEH* 2008; 7-8: 49-52.

⁵ Institut de Veille sanitaire. Surveillance du VIH/sida en France, rapport n°3, données au 30 juin 2005. Saint Maurice : InVS, juin 2006

⁶ Kim D, Kawachi I, A Multilevel Analysis of Key Forms of Community- and Individual-Level Social Capital as Predictors of Self-Rated Health in the United States. *Journal of Urban Health* 2006, 83(5):813-826

⁷ 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».