



Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), bilan d'activité du dépistage du VIH, France, 2000

P. Gouëzel, Département des maladies infectieuses, Institut de veille sanitaire

Des consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) ont été mises en place en 1988, dans des établissements de santé ou dans des dispensaires antivénéériens pour faciliter le dépistage du VIH en levant les réticences liées au coût ou au manque de discrétion. Ces CDAG « principales » pouvaient disposer d'antennes, en particulier en prison. Le dispositif gratuit a été étendu en 1992, *mais de manière non anonyme*, aux autres dispensaires antivénéériens (DAV), aux centres de protection maternelle et infantile (PMI) et aux centres de planification et d'éducation familiale (CPEF).

Cette étude analyse seulement l'activité des CDAG. Des tableaux sur l'ensemble des structures de dépistage gratuit sont disponibles auprès de l'InVS (simple demande et site Internet).

MÉTHODE

Les CDAG adressent chaque trimestre un bilan d'activité au médecin inspecteur de la santé de la Ddass. Les bilans trimestriels sont transmis après validation à l'Institut de veille sanitaire (InVS). Ces bilans agrégés indiquent le nombre de recherches réalisées et le nombre de diagnostics VIH confirmés positifs, par sexe et par tranche d'âge. En 2000, 280 CDAG principales avaient été désignées, 123 dans des dispensaires du Conseil-Général et 157 à l'hôpital. Ces CDAG principales disposaient d'antennes (102 pour les dispensaires et 67 pour les hôpitaux).

RÉSULTATS

Participation

Pour l'année 2000, 259 CDAG principales (93 % 259/280) et 104 antennes (62 % 104/169) ont adressé à l'InVS au moins un bilan trimestriel au titre de l'année 2000. Parmi les 259 sites principaux, 95 % avaient adressé la totalité des quatre bilans trimestriels.

Activité globale de dépistage

Dans les CDAG (site principal et antennes y compris en prison), en 2000, la proportion de diagnostics VIH positifs était globalement de 4,9 pour mille (1 318/270 539).

Elle était de 4,7 pour mille (1 209/258 023) hors prison (site principal et antennes hors prison) et de 8,7 pour mille (19/12 516) en prison. Lorsqu'on comparait les sites principaux, il n'y avait pas de différence de proportion entre CDAG hospitalière et CDAG du Conseil Général ($p=0,6$).

Evolution par année

Depuis 1994, le nombre de recherches VIH dans les CDAG hors prison est apparu stable, aux alentours de 250 000 par an (1998 et 1999 ont été des années de moins bonne transmission des bilans). Dans les CDAG hors prison (site principal et antennes), la proportion de diagnostics positifs a été de 6,7 pour mille en 1994 (1 748/260 105), 5,8 pour mille en 1995 (1 524/263 884), 5,0 en 1996 (1 214/240 588), 4,9 pour mille en 1997, 3,8 pour mille en 1998 (844/228 146), 4,3 pour mille en 1999 (977/226 687) et 4,7 pour mille en 2000 (1 209/258 023).

Comparaison de l'activité des CDAG entre années à participation égale

La comparaison des CDAG hors prison qui avaient transmis la totalité des quatre bilans en 1999 et en 2000 (environ 200 000 tests

chaque année) permettait de mesurer plus précisément l'évolution de l'activité. Entre 1999 et 2000, le nombre de tests a augmenté de 2,9 % et celui de diagnostics positifs de 12,2 %. Dans ces CDAG, la proportion de diagnostics positifs passait de 4,3/1 000 à 4,7/1 000 (867/200 463 en 1999 et 973/206 178 en 2000).

Variations régionales

Il y avait des différences régionales importantes (tableau 1) et la proportion la plus élevée (CDAG hors prison) était retrouvée dans la région Antilles-Guyane (10,5 pour mille).

Tableau 1

Proportion de diagnostics VIH positifs (pour mille) et nombres par région, CDAG hors prison, évolution 1998-2000

Région	CDAG hors prison 1998		CDAG hors prison 1999		CDAG hors prison 2000	
	Proportion pour mille	n*	Proportion pour mille	n*	Proportion pour mille	n*
Alsace	3,0	14/4 614	3,0	13/4 401	2,1	9/4 229
Aquitaine	3,3	35/10 508	3,0	32/10 595	4,4	45/10 227
Auvergne	2,2	7/3 171	3,0	8/2 711	5,0	17/3 401
Basse-Normandie	0,8	3/3 908	1,0	1/982	1,7	6/3 520
Bourgogne	1,6	9/5 714	1,2	6/5 060	1,9	11/5 758
Bretagne	1,4	10/7 224	2,9	22/7 706	1,3	12/9 230
Centre	2,0	11/5 569	1,3	7/5 436	2,9	22/7 563
Champagne-Ardenne	1,2	8/6 406	1,9	12/6 282	1,0	6/6 308
Corse	0,8	1/1 288	1,0	1/960	0,0	0/1 410
Franche-Comté	2,1	11/5 124	1,6	8/4 986	0,8	4/5 087
Haute-Normandie	0,4	1/2 307	2,3	10/4 442	1,4	6/4 394
Ile-de-France	6,4	452/70 765	7,4	593/79 828	8,0	700/87 254
Languedoc-Roussillon	2,1	17/8 021	3,2	26/8 193	3,3	29/8 871
Limousin	2,0	3/1 476	1,5	3/1 976	3,7	7/1 917
Lorraine	1,3	7/5 594	2,2	11/5 006	2,8	14/4 979
Midi-Pyrénées	2,0	15/7 462	3,3	24/7 232	2,1	17/7 936
Nord-Pas-de-Calais	3,2	9/2 844	2,9	21/7 363	2,1	14/6 812
Pays de Loire	1,6	14/8 869	2,5	23/9 032	2,5	26/10 388
Picardie	2,9	12/4 137	0,6	3/4 622	2,1	10/4 874
Poitou-Charentes	1,9	10/5 383	0,8	3/3 686	1,2	8/6 502
PACA	3,4	82/24 165	4,2	73/17 559	3,8	103/26 972
Rhône-Alpes	2,9	53/18 455	1,9	42/21 937	3,3	76/22 740
Antilles-Guyane	15,3	50/3 278	10,3	30/2 899	10,5	53/5 070
Réunion	3,7	8/2 144	2,0	5/2 548	5,4	14/2 581
Total	3,8	844/220 140	4,3	977/226 687	4,7	1 209/258 023

* Activité selon l'année : les nombres ne doivent pas être comparés entre années, la participation n'ayant pas été forcément la même chaque année.

Répartition par âge et sexe

Dans les CDAG hors prisons, le sex-ratio des personnes testées était de 1,1 (129 977/115 161) et 52 % des personnes testées pour le VIH avaient entre 20 et 29 ans. Le sex-ratio (H/F) était de 1,7 chez les personnes retrouvées positives, 40 % de ces personnes avaient entre 30 et 39 ans.

Proportion de diagnostics positifs par tranche d'âge et par sexe

Dans les CDAG hors prison, la tranche des 30-39 ans était la plus touchée (10,7 pour mille), avec des taux très proches chez les hommes (10,8 pour mille) et chez les femmes (10,5 pour mille). Venaient ensuite la tranche des 40-49 ans (8,8 pour mille) et celle des 50 à 59 ans (8,2 pour mille). Dans ces deux tranches, la proportion était supérieure à 9 pour mille chez les hommes et comprise entre 6 et 7 pour mille chez les femmes.

Tableau 2

Proportion (pour mille) et nombre de diagnostics VIH positifs par tranche d'âge et par sexe, dans les CDAG hors prison*, année 2000, France entière

Tranche d'âge	Hommes		Femmes		Total	
	Proportion pour mille	n*	Proportion pour mille	n*	Proportion pour mille	n*
Moins de 20 ans	1,4	22/15 663	1,1	30/28 358	1,2	52/44 021
De 20 à 29 ans	3,3	227/68 043	3,1	188/60 528	3,2	415/128 571
De 30 à 39 ans	10,8	303/28 115	10,5	165/15 668	10,7	468/43 783
De 40 à 49 ans	10,0	116/11 625	6,9	49/7 075	8,8	165/18 700
De 50 à 59 ans	9,2	43/4 674	6,6	18/2 731	8,2	61/7 405
60 ans et plus	4,8	9/1 857	1,2	1/801	3,8	10/2 658
Total	5,5	720/129 977	3,9	451/115 161	4,8	1 171/245 138

* pour 245 138 diagnostics VIH pour lesquels le sexe et l'âge avaient été précisés.

Évolution de la proportion de diagnostics positifs par âge et par sexe, au cours du temps

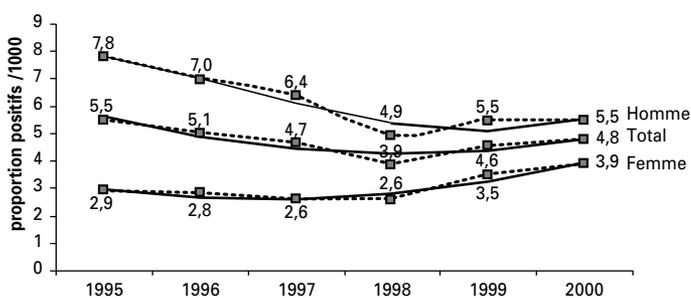
La proportion de diagnostics positifs a fortement diminué entre 1988 et 1994. Entre 1994 et 1998, la proportion a continué de diminuer dans l'ensemble des tranches d'âge, mais plus lentement. En 1999 et en 2000, la proportion de diagnostics positifs a augmenté. On a assisté à un pincement de l'écart entre hommes et femmes avec une diminution de la proportion chez les hommes et une augmentation chez les femmes (figure 1). En 1995, la proportion était de 7,8/1 000 chez les hommes et 2,9/1 000 chez les femmes ; en 2000, elle était de 5,5/1 000 chez les hommes et 3,5/1 000 chez les femmes.

Les tranches les plus touchées étaient celle des 30-39 ans, puis celles des plus de 39 ans et des 20-29 ans et enfin celle des jeunes de moins de 20 ans.

L'augmentation chez les femmes s'est faite principalement chez les moins de 20 ans et chez les plus de 30 ans (figure 2).

Figure 1

Proportion de diagnostics VIH positifs (pour mille), chez les hommes, chez les femmes et pour l'ensemble des consultants testés, CDAG hors prison, évolution 1995-2000

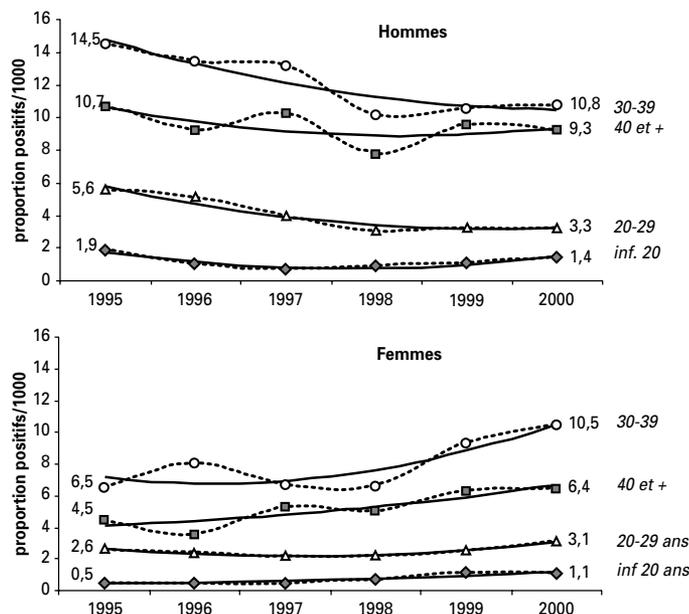


Le poids de Paris

L'analyse anticipée des données des CDAG de Paris de 1998 à 2001 [1] a montré une augmentation de la proportion des diagnostics VIH positifs. L'ampleur du poids de Paris (augmentation importante, de 7,4/1 000 en 1998 à 11,0/1 000 en 2001 et grand nombre de tests, environ 60 000 chaque année) pouvait à elle seule avoir entraîné les évolutions constatées au niveau national. Il n'en était rien : des évolutions similaires étaient retrouvées lorsque l'analyse était faite sans les données parisiennes. Dans les CDAG hors Paris et hors prison, la proportion de diagnostics positifs a diminué chez les hommes (6,4/1 000 en 1995 et 3,9 pour mille en 2000) et a augmenté chez les femmes (2,0/1000 en 1997 et 3,1/1000 en 2000). Entre 1997 et 2000, la proportion a été multipliée par 2 chez les hommes et les femmes de moins de 20 ans et chez les femmes de 30 à 39 ans.

Figure 2

Proportion de diagnostics VIH positifs (pour mille), chez les hommes et chez les femmes, par tranche d'âge, CDAG hors prison, évolution 1995-2000



DISCUSSION-CONCLUSION

L'année 2000 a confirmé la tendance de 1999 [2] : la proportion de diagnostics VIH positifs a augmenté dans les CDAG en 2000. L'augmentation s'est produite principalement chez les femmes les plus jeunes (moins de 20 ans) et chez celles d'âge mûr (30 ans et plus) avec un resserrement de l'écart entre sexes : en 1998, les hommes étaient 2,7 fois plus touchés que les femmes, en 2000, ils ne l'étaient plus que 1,4 fois. Cette évolution a été constatée d'une part à Paris, mais également en Province.

Malgré les imperfections du système, structurelles (l'anonymat ne permet pas d'éliminer les doublons) ou opérationnelles (hétérogénéité du recueil), la surveillance de l'activité des CDAG a montré sa capacité à refléter des modifications de tendance.

L'absence de données épidémiologiques autres que le sexe et l'âge rend difficile l'interprétation de cette tendance. Les enquêtes nationales transversales n'ont pas montré de modification de clientèle entre 1999 et 2000 dans les CDAG [3, 4], mais on ne sait pas si elles ont été représentatives de la population qui a fréquenté les CDAG ces années là (périodes de recueil courtes). Seule l'analyse en continu des caractéristiques des consultants négatifs et positifs permettrait d'expliquer l'évolution constatée. Ce besoin plaide pour l'instauration d'un réseau de CDAG sentinelle capable de recueillir de façon anonyme et prospective quelques informations épidémiologiques sur l'ensemble des consultants. Les CDAG ont montré qu'elles étaient des lieux privilégiés d'observation et d'intervention (counseling) sur l'épidémie. Il importe donc d'y améliorer le système d'information, d'autant plus que le futur système de déclaration obligatoire des cas d'infection à VIH ne sera pas mis en œuvre dans les CDAG. Pour pouvoir donner l'alerte, le réseau sentinelle devra être plus réactif que le système actuel de transmission qui retarde d'au moins un an l'analyse des données (délai de rappel, de transmission et de validation).

RÉFÉRENCES

- [1] Gouézel P., Simon A., Derouineau J., Janier M., Muller B., Rouvier J., Gergely A., Imaz M., Crémieux A.C. - Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), bilan d'activité du dépistage du VIH, Paris, évolution 1998-2001, *BEH* 2002 ; n° 43 : 215.6
- [2] Gouézel P. et Laforêt D. - Consultations de dépistage anonyme et gratuit du VIH et des hépatites (CDAG), bilan d'activité de dépistage du VIH, année 1999. *Surveillance nationale des maladies infectieuses*, InVS, Saint-Maurice, France, 2002 (à paraître)
- [3] Gouézel P. - Dispositif de dépistage anonyme et gratuit du VIH (CDAG), un regard sur les consultants, enquête nationale 1999. Collection « enquêtes et études ». InVS, Saint-Maurice, France, novembre 2000
- [4] C. Brouard C. et Gouézel P. - Dispositif de dépistage anonyme et gratuit du VIH (CDAG), enquête nationale 2000. InVS, mémoire de DEES, France, juillet 2001

Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), bilan d'activité du dépistage de VIH, Paris, évolution 1998-2001

P. Gouézel¹, A. Simon², J. Derouineau³, M. Janier⁴, G. Muller⁵, J. Rouvier⁶, A. Gergely⁷, M. Imaz⁸, A.C Crémieux⁹

¹InVS, ²CDAG Pitié-Salpêtrière, ³CDAG Figuier, ⁴CDAG St-Louis, ⁵CDAG Belleville,
⁶CDAG Ridder, ⁷CDAG Valois-CRF, ⁸CDAG Fournier, ⁹CDAG Bichat

L'analyse des données d'activité des CDAG en 1998 et en 1999 [1] a montré une augmentation de la proportion des diagnostics VIH positifs en Ile-de-France. Devant ces résultats, les données d'activité 2000 [2] et 2001 disponibles pour Paris ont été analysées sans attendre le retour de l'ensemble des données nationales. Des informations épidémiologiques anonymes sur les personnes positives ont été recueillies dans les CDAG de Paris afin d'aider à l'interprétation de cette tendance.

MÉTHODE

Sites retenus pour l'étude

Paris compte 11 CDAG ; 8 avaient transmis des données d'activité complètes pour les années 1998 à 2001. Leurs données ont été analysées. On comptait 3 CDAG, de la Mairie de Paris (Figuier, Belleville, Ridder), 3 CDAG hospitalières (Bichat, Pitié-Salpêtrière, St-Louis) et 2 CDAG associatives (Croix-Rouge et Fournier).

Sources d'informations

Bilans trimestriels d'activité

Les CDAG adressent à la Ddass de leur département un bilan trimestriel d'activité mentionnant le nombre de tests réalisés, le nombre de diagnostics VIH positifs et leur répartition par sexe et par tranche d'âge. Ces données sont analysées par l'InVS.

Fiches médicales anonymes

Certains CDAG utilisent des fiches médicales anonymes (dossier médical). L'âge, le sexe, le pays d'origine ou la nationalité, le mode de transmission du VIH étaient relevés. Pour l'analyse, les personnes étrangères ou originaires d'un pays étranger ont été regroupées en « originaires d'un pays étranger ». L'analyse a été limitée à 6 CDAG qui pouvaient fournir de manière exhaustive l'ensemble des fiches anonymes pour les 4 années.

Les enquêtes épidémiologiques transversales

Les enquêtes épidémiologiques nationales de 1999 [3] et de 2000 [4] ont décrit la clientèle des CDAG. Pour Paris, environ 1 600 questionnaires étaient disponibles. Ces données ont été analysées afin de détecter d'éventuelles modifications de clientèle pouvant expliquer une augmentation des diagnostics positifs.

RÉSULTATS

Bilans trimestriels d'activité

L'analyse des bilans trimestriels d'activité a montré, à Paris, une inversion de tendance. Après une décroissance de la proportion de diagnostics positifs jusqu'en 1998 [1] (41,8 pour mille en 1990, 22,0 pour mille en 1992, 12,9 pour mille en 1994, 9,3 pour mille en 1996 et 7,4 pour mille en 1998), la tendance s'est inversée en 1999. Les proportions de diagnostics positifs sont passées de 7,4 pour mille en 1998 à 11,0 pour mille en 2001 (tableau 1) (X^2 à 3 ddl : $p < 10^{-5}$ et X^2 de tendance : $p < 10^{-5}$).

L'augmentation constatée a concerné les deux sexes. Chez les femmes, la proportion a été multipliée par deux en quatre ans (4,2 pour mille en 1998, 8,9 pour mille en 2001) (tableau 1).

L'augmentation a principalement concerné les femmes de 20 à 49 ans (tableau 1) et les hommes de 30 à 39 ans.

Au cours de ces quatre années, la fréquentation est restée stable dans ces 8 CDAG, aux alentours de 50 000 recherches chaque année.

Fiches médicales anonymes des personnes retrouvées positives

Le nombre et la proportion de diagnostics positifs sont restés stables chez les homosexuels entre les années 1998 et 2001, quelle que soit leur origine géographique (tableau 2). Le plus petit nombre d'homosexuels en 2000 (France, n=62) pouvait être expliqué par le nombre élevé de personnes sans mode de transmission connu (fiches moins bien remplies en 2000 dans certaines CDAG).

Tableau 1

Evolution de la proportion de diagnostics VIH positifs (pour mille), par sexe et par tranche d'âge (pour effectif >1000), 8 CDAG de Paris hors prison*, 1998-2001

	1998		1999		2000		2001	
	Proportion pour 1000	n						
Hommes								
Moins de 20 ans	5,1	8/1 561	1,5	2/1 357	0,7	1/1 537	2,6	4/1 554
20 à 29 ans	5,9	75/12 739	7,4	95/12 814	6,4	93/14 442	9,4	136/14 515
30 à 39 ans	15,9	126/7 901	13,5	107/7 923	17,8	157/8 797	18,6	167/8 990
40 à 49 ans	14,7	43/2 935	13,0	39/2 992	15,8	52/3 285	15,8	52/3 293
Hommes, tous âges	9,7	285/29 419	9,7	259/26 700	10,7	320/29 988	12,5	377/30 164
Femmes								
Moins de 20 ans	1,4	4/2 842	1,9	5/2 649	1,1	3/2 699	2,0	5/2 560
20 à 29 ans	3,9	41/10 626	5,2	55/10 675	6,1	73/12 025	7,4	86/11 598
30 à 39 ans	10,1	34/3 359	13,2	43/3 263	13,7	51/3 712	14,7	54/3 667
40 à 49 ans	6,0	8/1 328	8,7	11/1 267	12,7	17/1 337	17,4	22/1 267
Femmes, tous âges	4,2	87/20 528	6,5	119/18 391	7,2	148/20 480	8,7	172/19 755
Total	7,4	372/49 575	8,5	412/47 843	9,3	468/50 000	11,0	549/49 919

* 8 CDAG pour lesquelles les données étaient disponibles pour les quatre années.

En revanche, le nombre de diagnostics positifs chez les personnes contaminées lors de pratiques hétérosexuelles a augmenté (48 %), passant de 128 en 1998 à 189 en 2001 (tableau 2).

Ces personnes (tableau 3) étaient majoritairement des femmes.

L'augmentation chez les personnes contaminées lors de pratiques hétérosexuelles a principalement porté sur les personnes originaires d'un pays étranger (79 % en 1998 et 91 % en 2001) et particulièrement sur celles originaires d'Afrique sub-saharienne (66 % en 1998, 80 % en 2001) (tableau 3).

Tableau 2

Caractéristiques épidémiologiques des personnes retrouvées VIH positives, CDAG de Paris*, évolution 1998-2001

Groupe de transmission	Origine géographique	1998		1999		2000		2001	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Homosexuels									
	France	99	31	95	31	62	19	98	26
	Pays étranger	55	17	52	17	55	17	62	16
	Non précisée	8	3	1	0	2	1	2	1
Hétérosexuels									
	France	23	7	20	7	23	7	14	4
	Pays étranger	101	32	113	37	126	38	172	45
	Non précisée	4	1	3	1	1	0	3	1
Toxicomanes/Autres									
	Toute	9	3	8	3	7	2	7	2
Inconnu									
	France	8	3	2	1	14	4	3	1
	Pays étranger	8	3	7	2	28	8	17	4
	Non précisée	4	1	2	1	15	5	4	1
Total		319	100	303	100	333	100	382	100

* CDAG participantes ayant des données exhaustives (6 CDAG/8, 1 337 diagnostics).

Tableau 3

Sexe et origine géographique des personnes hétérosexuelles retrouvées VIH positives, CDAG de Paris*, évolution 1998-2001

Hétérosexuels	Origine géographique	1998		1999		2000		2001	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Hommes									
France		14	11	8	6	16	11	6	3
Afrique sub-saharienne		39	30	28	21	41	27	64	34
Autre pays étranger		6	5	11	8	9	6	10	5
Non précisée		4	3	1	1	1	1	2	1
Femmes									
France		9	7	12	9	7	5	8	4
Afrique sub-saharienne		46	36	67	49	71	47	87	46
Autre pays étranger		10	8	7	5	5	3	11	6
Non précisée		0	-	2	1	0	-	1	-
Total		128	100	136	100	150	100	189	100

* CDAG participantes ayant des données exhaustives (6 CDAG/8, 1 337 diagnostics).

Enquêtes épidémiologiques transversales nationales de 1999 et 2000 à Paris

La fréquentation est restée stable dans ces 6 CDAG (analyse des fiches médicales anonymes) en particulier entre 1999 et 2000 (32 947 diagnostics en 1999 et 32 616 en 2000).

Les résultats de l'enquête nationale épidémiologique faite en 1999 puis répétée en 2000 n'allaient pas dans le sens d'une modification de clientèle expliquant les évolutions des proportions de diagnostics positifs : la proportion de personnes étrangères (9,1 % en 1999 et 9,8 % en 2000 après standardisation sur l'âge) et la proportion d'hommes homo-bisexuels (19,0 % en 1999 et 17,5 % en 2000 [$p=0,4$]) avaient peu évolué.

DISCUSSION-CONCLUSION

Les données de dépistage du VIH ont montré à Paris de 1998 à 2001 une augmentation des diagnostics VIH positifs, en nombre et en proportion. L'analyse a montré une augmentation des diagnostics positifs chez les personnes originaires d'Afrique sub-saharienne contaminées lors de pratiques hétérosexuelles et une stabilité des diagnostics chez les personnes contaminées lors de pratiques homosexuelles, dans un contexte de fréquentation apparemment stable (même nombre de consultants, proportion stable de personnes originaires d'un pays étranger et de personnes homosexuelles).

L'analyse n'a porté que sur 8 des 11 CDAG de Paris. Mais cette restriction a probablement peu modifié les résultats : l'étude a porté sur environ 80 % des tests positifs retrouvés chaque année et parmi ces 8 CDAG, on comptait les trois plus importantes CDAG « gay » de Paris.

Une limite de l'étude a concerné l'impossibilité d'éliminer les doublons (anonymat) et de comptabiliser des personnes différentes. L'enquête épidémiologique nationale de 1999 a montré que 56 % des consultants avaient déjà été testés. Pour 36 % d'entre eux, le dernier test remontait à moins d'un an et avait été fait deux fois sur trois dans la même CDAG [3]. Il n'y avait pas de données sur la répétition des tests chez les personnes positives. Rien n'indiquait cependant qu'il y ait eu une augmentation de la proportion de doublons qui aurait pu expliquer l'évolution constatée.

Le système dénombre des diagnostics positifs, sans possibilité de distinguer les infections anciennes des récentes. Si on admet que nombre de ces diagnostics correspond à des infections récentes, la stabilité retrouvée chez les personnes homosexuelles n'est pas incompatible avec les modifications des comportements gay [5] et la résurgence récente des gonococcies et des syphilis [6]. La vision obtenue dans les CDAG ne reflète que la fraction de la population gay qui les fréquente. D'autre part, l'augmentation des MST n'implique pas l'augmentation parallèle des infections à VIH. Enfin, l'infection à VIH n'est pas un marqueur précoce des modifications de comportement (latence asymptomatique) comme le sont certaines

MST (tableau évocateur immédiat) et les modifications de comportement sont trop récentes pour se traduire en terme d'augmentation des diagnostics VIH dans les CDAG.

Les informations sur la nationalité n'étaient pas homogènes et une variable « origine géographique », peu précise, a été créée. Cette variable a néanmoins montré la part prépondérante des personnes originaires d'Afrique sub-saharienne parmi les diagnostics positifs.

Une autre limite de l'étude a concerné l'absence de données épidémiologiques sur les personnes négatives (il était impossible de retrouver les fiches médicales d'environ 200 000 consultants). Les personnes étrangères ont peut-être été plus nombreuses à consulter le dispositif anonyme et gratuit. Pourtant, les enquêtes nationales n'ont pas montré de modification entre 1999 et 2000 (nombre stable de consultants originaires d'Afrique sub-saharienne) mais on ne sait pas si elles ont exactement reflété la population qui a fréquenté les CDAG (période de recueil courte). Dans les CDAG, seules des comparaisons de proportions auraient permis d'éclaircir de manière certaine la nature de l'évolution constatée et de déceler des modifications de clientèle (plus de consultants originaires d'un pays étranger) ou de ciblage des populations (consultants originaires d'un pays étranger en nombre égal mais plus à risque). Si les CDAG attiraient de plus en plus de personnes originaires d'un pays étranger, leur fonctionnement devrait probablement être adapté. Cette insuffisance d'information plaide pour l'instauration d'un réseau de CDAG sentinelle capable de recueillir de façon anonyme et prospective des informations épidémiologiques sur l'ensemble des consultants des CDAG.

La tendance observée à Paris est à rapprocher de la tendance constatée sur les cas de sida [7]. La stabilisation (autour de 800 cas par semestre) résulte d'une diminution des cas chez les homosexuels et d'une augmentation chez les femmes africaines contaminées lors de pratiques hétérosexuelles. La convergence des tendances observées montre l'apparition en France d'un nouveau groupe de personnes particulièrement touché par l'infection à VIH (reflet du poids croissant en France de l'épidémie existant sur le continent africain) qui nécessite des programmes spécifiques de proximité. Une question reste de savoir si ces personnes africaines ont été contaminées en France ou dans leur pays, avant leur arrivée en France. Les programmes de proximité à mettre en place ne seraient pas identiques. Une étude complémentaire, actuellement menée par l'InVS devrait rapidement répondre à cette question.

RÉFÉRENCES

- [1] Gouëzel P. et Laforêt D. - Consultations de dépistage anonyme et gratuit du VIH et des hépatites (CDAG), bilan d'activité de dépistage du VIH, année 1999. *Surveillance nationale des maladies infectieuses*, InVS, Saint-Maurice, France, (à paraître)
- [2] Gouëzel P., Cremieux A.C., Derouineau J., Janier M., Mertz J.P., Muller B., Rouvier J., Simon A. - Activité des consultations de dépistage anonyme et gratuit du VIH (CDAG), augmentation des diagnostics positifs à Paris, en 1999 et 2000. Dand « Sida, VIH et MST, état des lieux des données en 2001 ». InVS, Saint-Maurice, France, décembre 2001
- [3] Gouëzel P. - Dispositif de dépistage anonyme et gratuit du VIH (CDAG), un regard sur les consultants, enquête nationale 1999. Collection « enquêtes et études ». InVS, Saint-Maurice, France, novembre 2000
- [4] Brouard C. et Gouëzel P. - Dispositif de dépistage anonyme et gratuit du VIH (CDAG), enquête nationale 2000. InVS, mémoire de DEES, France, juillet 2001
- [5] Adam P., Hauet E., Caron C. - Enquête « Presse Gay 2000 », recrudescence des prises de risque et des MST parmi les Gays. Rapport InVS/ANRS/DGS. Collection « enquêtes et études ». InVS, Saint-Maurice, France, mai 2001
- [6] Couturier E., Dupin N., Janier M., Halioua B., Yazdanpanah Y., Mertz J.P., Salmon D., Cremieux A.C., Soavi M.J., Dariosecq J.M., Passeron A. - Résurgence de la syphilis en France, 200-2001. *BEH*, 2001 ; n°35-36:168-9
- [7] Pillonel J., Gouëzel P., Pinget R., David D., Cazein F., Lot F., Laporte A. - Surveillance du sida : pourquoi les cas ne diminuent-ils plus ? Dans « Sida, VIH et MST, état des lieux des données en 2001 ». InVS, Saint-Maurice, France, décembre 2001



