

## 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.

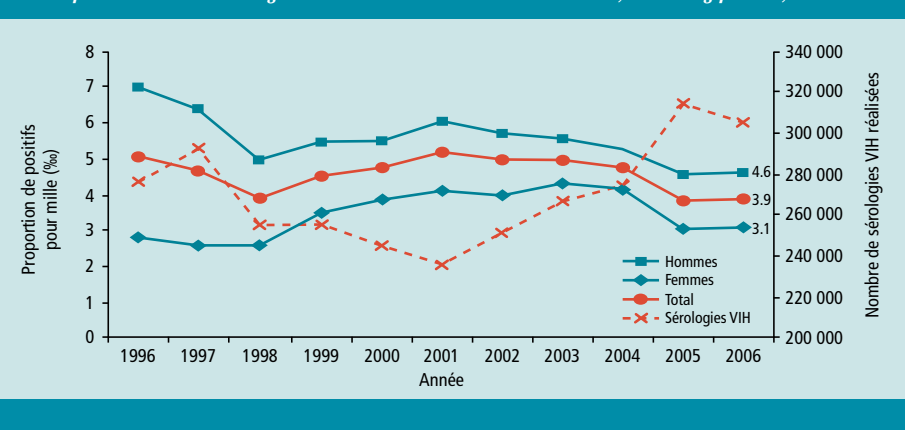
La description des consultants repose sur les résultats de l'enquête anonyme transversale réalisée en 2004 durant une semaine auprès de 5 330 consultants dans l'ensemble des CDAG de France, dont la méthode et les principaux résultats ont déjà été décrits [1].

## 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	-
<b>Total</b>	<b>754 / 163 925</b>	<b>4,6</b>	<b>432 / 139 375</b>	<b>3,1</b>	<b>1 186 / 305 325</b>	<b>3,9</b>

**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
<b>Total</b>	<b>1 186</b>	<b>304 008</b>	<b>3,9</b>	<b>4,9</b>

\* 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](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](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](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](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)<sup>1</sup>, Nathalie Lydié<sup>2</sup>

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*