

ENQUÊTE

DISPARITÉS D'ACCÈS AU DÉPISTAGE DE L'INFECTION À VIH DANS LA RÉGION PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

P. Cavailler², C. Pradier¹, L. Bentz¹, Y. Obadia², M. Rotily² et le groupe EVALVIH

Quinze ans après le début de l'épidémie de l'infection à VIH, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) reste une des régions les plus touchées en France, avec un fort pourcentage d'usagers de drogues par voie veineuse parmi les personnes atteintes du Sida [1]. L'avènement de molécules innovantes et de nouvelles combinaisons thérapeutiques efficaces contre le VIH, introduites en France à partir de juin 1996, a conduit à préconiser la mise en route précoce de polythérapies chez les sujets infectés, précocité qui peut permettre l'amélioration du pronostic des personnes atteintes. Le dépistage précoce de l'infection à VIH revêt donc aujourd'hui une importance particulière. Or, différentes études font apparaître qu'un pourcentage non négligeable de personnes infectées ignorent leur statut sérologique, et se trouvent dépistées et diagnostiquées tardivement. Ce phénomène représente un problème de Santé Publique, à la fois sur le plan de la prévention, et sur celui de la prise en charge [2]. Le but de cet article est d'identifier les facteurs associés au dépistage tardif de l'infection à VIH dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Présentation du système EVALVIH

Conçu en 1988 par l'Observatoire Régional de la Santé d'Aquitaine, ce système de surveillance épidémiologique de la contamination par le VIH fonctionne selon un protocole identique dans 11 régions françaises [3]. En région PACA, EVALVIH fonctionne depuis 1995, et a été mis en place par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) dans le cadre d'une collaboration associant les DDASS, les laboratoires de biologie médicale, les CISH (Centres d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine) et l'ensemble des médecins prescripteurs, hospitaliers et libéraux, de la région. Ce dispositif anonyme, agréé par la CNIL, assure le recueil de l'ensemble des résultats des tests de dépistage du VIH effectués dans les laboratoires publics et privés de la région. Le dispositif EVALVIH repose sur la double participation des laboratoires et des médecins prescripteurs, mais l'anonymat (patient, laboratoire, médecin) est total. L'ensemble des laboratoires d'analyse médicale déclare mensuellement à l'ORS son activité de dépistage de l'infection à VIH. Chaque fois que le biologiste identifie une nouvelle séropositivité au VIH, un questionnaire épidémiologique est envoyé au médecin prescripteur de cette sérologie ; une fois rempli, le questionnaire est ensuite renvoyé à l'ORS.

Variables étudiées

Les variables âge, sexe, mode de transmission et département du domicile ont été étudiées par semestre (1/1/96 au 31/12/97) et en fonction du caractère tardif ou non du dépistage. Un dépistage tardif a été défini à partir des variables du questionnaire médical : « le patient présente-t-il actuellement un Sida ? » et « Présente-t-il actuellement, ou a-t-il présenté dans le passé, des signes cliniques évocateurs liés au VIH ». Les personnes présentant des signes cliniques de la catégorie A de la classification du CDC, ainsi que les sujets ayant des signes cliniques évocateurs de Sida, mais ayant eu un test sérologique négatif dans les 5 années précédant le dépistage, n'ont pas été considérées comme des dépistages tardifs.

Analyse statistique

Les caractéristiques de la population nouvellement dépistée ont été comparées à l'aide d'un test du chi 2. Un seuil de signification statistique de 5 % a été choisi. L'analyse des facteurs associés au dépistage tardif a été réalisée en calculant les odds ratios (O.R) et leur intervalle de confiance à 95 %. Afin de prendre en compte d'éventuels facteurs de confusion, une régression logistique pas à pas descendante a été réalisée, de façon à obtenir des odds ratios ajustés, à l'aide du logiciel SPSS® (version 7.5).

RÉSULTATS

Taux de participation

Parmi les 619 laboratoires de la région qui réalisent des tests de dépistage du VIH, 452 (73 %) ont participé au dispositif en déclarant régulièrement leur activité mensuelle de dépistage. Sur les 2 863 séropositivités signalées par les laboratoires participants en 1996 et 1997, 2 328 ont été documentées par les médecins prescripteurs, soit un taux de remplissage de 81 %. Les taux de participation des laboratoires et des médecins prescripteurs par département ne sont pas statistiquement différents. Parmi les 2 863 séropositivités déclarées, 1 997 (70 %) ont été exclues de l'analyse finale : 155 correspondaient à des patients domiciliés hors région PACA, 852 à des séropositivités déjà connues, 701 à des doublons, 41 à des personnes de moins de 15 ans, 39 à des questionnaires aux données trop incomplètes sur les volets des laboratoires pour permettre une exploitation fiable, 250 à des questionnaires non documentés par les médecins prescripteurs. Au total, nous avons effectué l'analyse sur 825 questionnaires.

Caractéristiques de la population nouvellement dépistée

Pour les 2 années 1996 et 1997, 825 personnes adultes ont été dépistées pour la première fois comme séropositives au VIH sur l'ensemble de la région PACA ; 91 % des sujets dépistés se trouvent dans 3 départements des Bouches-du-Rhône (38 %), Alpes-Maritimes (32 %) et du Var (21 %). Les taux d'incidence standardisés par département sont représentés dans la figure 1. Le nombre de sujets séropositifs dépistés est passé de 271 au 1^{er} semestre 1996 à 137 au 2^e semestre 1997, soit une diminution de 49 % ($p < 0,001$). Il n'existe aucune différence statistiquement significative au cours du temps en ce qui concerne le département de domicile, l'âge, le sexe, le mode de contamination et l'origine géographique des sujets nouvellement dépistés.

Caractéristiques des sujets dépistés tardivement (Tab. 1)

Parmi l'ensemble des sujets nouvellement dépistés comme séropositifs au VIH, 27 % l'ont été tardivement au regard des critères que nous avons adoptés. Cette proportion ne diffère pas significativement selon le sexe, l'origine géographique des personnes et au cours de la période d'observation. En revanche, la proportion des cas dépistés tardivement est significativement plus élevée, après analyse multivariée, chez les usagers de drogues (OR = 2,45 ; [1,29 - 4,18]_{IC95 %}), dans le département du Var (OR = 1,88 [1,15 - 3,09]_{IC95 %}) et en fonction de l'âge des sujets (OR = 2,45 [1,45 - 4,16]_{IC95 %} chez les 30-39 ans ; OR = 7,2 [3,7 - 13,7]_{IC95 %} chez les plus de 50 ans).

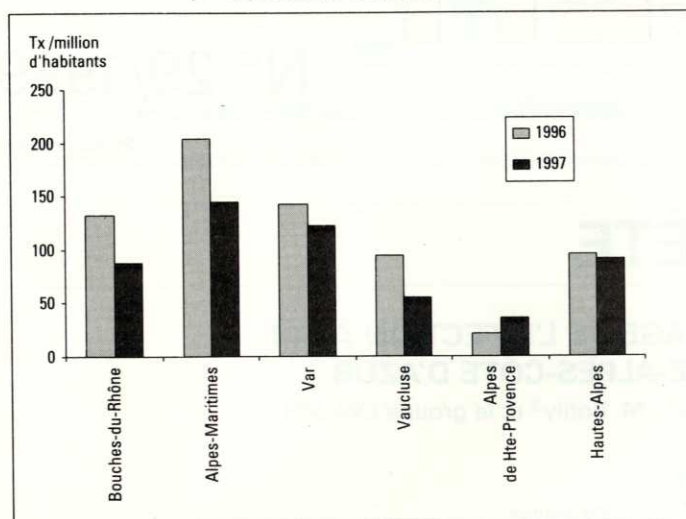
DISCUSSION

L'analyse des résultats du dispositif de surveillance épidémiologique EVALVIH pour les années 1996 et 1997 permet de souligner la proportion élevée de diagnostics tardifs et l'existence de disparités d'accès au dépistage dans certains groupes de population au sein de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

¹ CISH de Nice, Hôpital l'Archet, BP 3079, 06202 Nice Cedex 3.

² Observatoire Régional de la Santé PACA-INSM U 379, 23, rue Stanislas Torrents, 13006 Marseille.

Figure 1. Taux d'incidence standardisés en fonction de l'âge par département de la région PACA



Le niveau élevé de participation au dispositif de surveillance des laboratoires de biologie médicale et des médecins prescripteurs rend fiable l'interprétation des résultats. Il faut néanmoins signaler quelques biais potentiels difficilement contrôlables. Bien que le taux de participation des laboratoires ayant déclaré régulièrement leur activité mensuelle ait été de 73 %, nous ne pouvons affirmer qu'ils aient tous déclaré l'intégralité de leur activité mensuelle en matière de sérologie du VIH. Il faut cependant noter que les laboratoires ont fait preuve d'une très grande observance par rapport aux instructions qui leur étaient régulièrement transmises et qu'ils sont très souvent informatisés ; ces éléments rendent peu probable l'hypothèse que de nombreuses sérologies aient échappé à leur dénombrement par les responsables de laboratoires. Un autre biais potentiel est celui d'une éven-

tuelle mauvaise classification des diagnostics tardifs. Malgré des instructions précises (liste des signes cliniques) et une information régulièrement adressée aux médecins prescripteurs, il demeure possible que nous ayons classé à tort certaines personnes comme étant dépistées à un stade tardif. Dans un dispositif étendu de surveillance, il est extrêmement difficile de pouvoir assurer une qualité de notification équivalente à celle obtenue lors d'un essai thérapeutique au cours duquel les médecins participants sont des spécialistes de l'infection à VIH et sont en nombre limité. Ce dispositif et cette analyse gardent toutefois leur pertinence parce qu'ils ne concernent pas seulement des services spécialisés mais également une population tout venant.

Dans notre analyse, les personnes âgées de plus de 40 ans présentent un risque plus élevé d'être dépistées tardivement, phénomène également rapporté dans d'autres pays [4]. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les campagnes ont concerné prioritairement les jeunes. De même, les usagers de drogues par voie intraveineuse sont significativement plus nombreux à avoir un recours tardif après la contamination, comparativement aux autres groupes de transmission. Ces résultats peuvent apparaître surprenants si l'on considère que cette population est théoriquement plus souvent en position de se voir proposer un test (lors d'une demande de substitution, d'une incarcération, d'une injonction thérapeutique ou d'une cure de sevrage). Une observation similaire a été rapportée à partir de la cohorte Aquitaine [5]. Il est possible que ce tableau se modifie très prochainement en raison de la montée en puissance de la politique des traitements de substitution.

Notre étude tend également à montrer que la fréquence du dépistage tardif chez les homo-bisexuels ne diffère pas de celle observée chez les hétérosexuels, contrairement à ce qui a été rapporté au niveau national à partir des déclarations des cas de sida. Pour tenter d'expliquer cette différence, nous pouvons faire l'hypothèse que la région PACA présente certaines spécificités ; les hétérosexuels pourraient être dépistés à un stade plus précoce en région PACA qu'au plan national ; à l'inverse, les homosexuels de la région PACA pourraient être dépistés plus tardivement que leurs homologues franciliens du fait de leur moindre reconnaissance sociale ou d'une moindre identification à un groupe concerné. On peut également faire l'hypothèse qu'au cours des dernières années le recours au dépistage a évolué de manière différentielle selon les groupes de transmission. Les campagnes ciblant les personnes hétérosexuelles leur ont-elles permis de rattraper leur

Tableau 1. Facteurs associés au dépistage tardif de l'infection à VIH en région Provence-Alpes-Côte d'Azur EVALVIH, 1996-1997

	Total n	Dépistage tardif * (%)	Dépistage non tardif * (%)	Odds Ratio de analyse univariée	Intervalle de confiance du Odds Ratio à 95 %	p
Évolution par semestre	608	27,0	73,0			
96-1	205	22,0	78,0	1		
96-2	151	28,5	71,5	1,42	0,85-2,36	0,16
97-1	156	31,4	68,6	1,63	0,99-2,69	0,04
97-2	96	28,1	71,9	1,39	0,77-2,51	0,24 **
Département de domicile						
13	204	24,5	75,5	1		
06	190	25,3	74,7	1,04	0,64-1,69	0,86
83	144	35,4	64,6	1,69	1,03-2,77	0,03
84	46	21,7	78,3	0,86	0,37-1,95	0,69
04 + 05	23	17,4	82,6	0,65	0,18-2,15	0,44
Âge						
15-29	191	12,6	87,4	1		
30-39	247	27,9	72,1	2,70	1,58-6,44	< 0,001
40-49	97	38,1	61,9	4,29	2,28-8,11	< 0,001
50 et +	73	46,6	53,4	6,07	3,09-11,95	< 0,001
Sexe						
Hommes	410	29,0	71,0	1		
Femmes	197	22,8	77,2	1,38	0,91-2,09	0,11
Modes de contamination						
Hétérosexuel	281	24,2	75,8	1		
Homo-bisexual	157	22,3	77,7	0,90	0,55-1,47	0,65
Toxicomanie	117	35,0	65,0	1,69	1,03-2,77	0,03
Autre + NR	53	37,7	62,3	1,90	0,98-3,68	0,04
Origine Africaine						
Oui	43	25,6	74,4	0,93	0,43-1,97	0,83
Non + NSP + NR	565	27,1	72,9	1		

* Lecture des pourcentages en lignes.

** Chi2 de tendance linéaire : chi2 = 2,69, p = 0,1, NS.

retard par rapport aux homosexuels, où à l'inverse les homosexuels de la région PACA se sont-ils sentis moins concernés par les récentes campagnes de dépistage ?

Si ce travail indique que les politiques de prévention ont un impact positif en réduisant le nombre des personnes infectées par le VIH, il montre aussi que des actions doivent être entreprises pour réduire le nombre de personnes dépistées tardivement et permettre un accès au traitement plus adapté. Ces actions doivent également viser à réduire les disparités entre les populations et les différentes zones géographiques de la région PACA. Il apparaît nécessaire de sensibiliser les médecins prescripteurs à la question du dépistage tardif et que les campagnes de dépistage ciblent mieux les publics insuffisamment concernés aujourd'hui. Enfin, d'autres études sont nécessaires pour mieux comprendre les raisons des disparités d'accès au dépistage.

Remerciements

Le dispositif EVALVIH est soutenu par le Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur et le Réseau National de Santé Publique. Nous remercions le Dr Spire, les membres du comité de pilotage : Dr Granet-Brunello, Dr Esterni,

Pr Cassuto, Dr Cottalorda, Dr Coruble, Dr Bry, Dr Rousset-Rouvière, Dr Mora ; ainsi que tous les laboratoires de biologie médicale et les médecins prescripteurs de la région PACA.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Réseau National de Santé Publique. Surveillance du SIDA en France : Situation au 31 décembre 1997. *BEH* 1998 ; 9 : 33-9.
- [2] Pradier C., Pesce A., Taillan B., Roger P.M., Bentz L., Dellamonica P. - Reducing the incidence of *Pneumocystis carinii* pneumonia (PCP): a persisting challenge. *AIDS* 1997 ; 11 : 832-3.
- [3] Brice L. - RESORS - VIH : un réseau de surveillance du dépistage de la contamination par le VIH. *Actualités et dossiers en Santé Publique* 1995 ; 11 : 16-18.
- [4] Zelenetz P.D., Epstein M.E. - HIV in the Elderly. *AIDS Patient Care* 1998 ; 4 : 255-62.
- [5] Ortega V., Marimoutou C., Decoin M., Caie J., Dabis F., Salamon R. - Les diagnostics récents d'infection à VIH, données de la cohorte Aquitaine, 1993-1995. *BEH* 1997 ; 8 : 32-3.

DIPLÔME UNIVERSITAIRE DE MÉTHODOLOGIE DE L'ÉVALUATION DES RISQUES THÉRAPEUTIQUES 1999 - 2000

*Organisé par l'Université Paris-VI en collaboration avec les Directions
de la pharmacovigilance de Synthélabo et Hoeschst Marion Roussel
et la participation de Pasteur-Mérieux Connaught*

Ce diplôme universitaire a pour objectif d'apporter à ses étudiants une formation de spécialistes en évaluation du risque thérapeutique. Il se déroule, pour la huitième année consécutive, à Paris et réunit, en 96 heures d'enseignement, des compétences reconnues de la pharmacovigilance industrielle, de l'épidémiologie du risque et de l'assurance qualité, avec de nombreux experts auprès des agences nationales et européennes.

L'approche de l'enseignement se veut pragmatique, avec de nombreux travaux dirigés traitant les sujets les plus récents concernant le risque iatrogène.

Les aspects épidémiologiques du risque thérapeutique (étude de cohorte, de cas-témoins, méta-analyses, méthode de surveillance et d'alerte), les aspects diagnostiques (critères internationaux de causalité) et les aspects réglementaires sont particulièrement développés.

Le DU se déroulera à l'Hôpital Tenon (Paris) durant 12 mardis entre janvier et juin 1999. Les droits s'élèvent à 12 060 F pour les candidats au titre de la formation permanente et à 2 412 F pour les autres candidats.

Renseignements et pré-inscriptions : Dr Antoine Flahault, Unité de biostatistique et informatique médicale, hôpital Tenon, 4, rue de la Chine, 75020 Paris.

Tél. : 01 56 01 68 13 - Télécopie : 01 56 01 68 14. Site internet : flahault@b3e.jussieu.fr

Inscription : Service de la formation permanente, tour centrale, 13^e étage, 4, place Jussieu, 75252 Paris Cedex 05. Tél. : 01 44 27 58 49.