

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. Vayssette (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'*Elisa* 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 Vernes, 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 reproposée. 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 montrait 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 bisexuel 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.

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	Homosuels	Bisexuels	Hétérosexuels Toxicomanes IV	Hétérosexuels Pays d'Endémie	Autres Hétérosexuels
1. Statut V.I.H. + (dont connus antérieurement)	53 (36)	2 (1)	34 (27)	8 (6)	1 (1)	1 (0)	7 (1)
2. Statut V.I.H.	432 (a)	0	38	30	8	29	325
3. Séroprévalence V.I.H. = $\frac{1}{1+2}$	11 %	100 %	47 %	21 %	11 %	3 %	2 %
[I.C.] 95 %	[8 %, 14 %]		[36 %, 59 %]	[8 %, 37 %]	[0 %, 45 %]	[0 %, 18 %]	[0,5 %, 4 %]
4. Statut indéterminable (b) (% = $\frac{4}{5}$)	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. + (dont connus antérieurement)	8 (5)	3 (3)	3 (0)	2 (2)
2. Statut V.I.H.	247 (a)	5	13	228
3. Séroprévalence V.I.H. = $\frac{1}{1+2}$	3 %	38 %	19 %	1 %
[I.C.] 95 %	[1 %, 5 %]	[10 %, 72 %]	[4 %, 50 %]	[0 %, 3 %]
4. Statut indéterminable (b) (% = $\frac{4}{5}$)	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/bisexual, 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).