

nant, on a observé une amélioration au cours du temps dans la précocité du suivi qui pourrait être liée à une meilleure information donnée lors du diagnostic de l'infection à V.I.H. Par ailleurs, bien que la régularité du suivi ait été définie de manière très large par rapport aux recommandations officielles [1] et qu'elle n'ait été appréciée que sur les deux dernières années précédant le SIDA, seule la moitié des personnes dépistées plus de 6 mois avant le SIDA ont eu un suivi régulier. La toxicomanie en elle-même n'augmentait pas le risque de suivi irrégulier, mais l'emprisonnement qui concernait presque exclusivement des toxicomanes apparaissait indépendamment lié au suivi irrégulier. Bien que les numérations effectuées en prison pourraient ne pas avoir été récupérées, l'emprisonnement pourrait être la cause directe d'interruptions de suivi ou indiquer une catégorie de toxicomanes peu insérés socialement. La régularité du suivi au cours des deux dernières années précédant le SIDA ne dépendait pas des circonstances du diagnostic de la séropositivité. En revanche, le fait d'être un homme non homosexuel, d'avoir des bas revenus, et de ne pas avoir de médecin traitant étaient indépendamment associés à un suivi irrégulier, l'association avec le département d'inclusion étant probablement attribuable à la surreprésentation des sujets bien suivis en Gironde. Les obstacles à un suivi régulier de l'infection à V.I.H. semblaient donc relever davantage de problèmes d'ordre socio-économique limitant le recours au système de soins que d'insuffisances médicales. Lorsque les personnes ont été régulièrement suivies, il ne semblait pas y avoir d'obstacle majeur à l'accès aux traitements antiviraux et préventifs, quels que soient le sexe ou le groupe de transmission.

Il est vraisemblable que les récentes avancées thérapeutiques modifient la perception de l'intérêt du test V.I.H. et du suivi médical dans la population infectée par le V.I.H. Cette étude dont le recrutement s'est terminé en 1995 ne permet pas d'évaluer de tels changements. Cependant, ces éventuelles

modifications d'attitude ne pourront avoir qu'une influence limitée sur le manque de perception du risque, le recours insuffisant au système de soins et les obstacles d'ordre socioéconomique associés à un dépistage tardif et à un suivi irrégulier. L'amélioration des stratégies de dépistage et la réduction des inégalités d'accès et de recours aux soins devront donc continuer à être des objectifs majeurs pour permettre au plus grand nombre de personnes atteintes de bénéficier des progrès thérapeutiques actuels.

## RÉFÉRENCES

- [1] Prise en charge et traitement précoce de l'infection V.I.H. – *B.E.H.* 1990 (29) : 123-5.
- [2] Réseau national de Santé publique, Surveillance du SIDA en France : Situation au 1<sup>er</sup> décembre 1997. – *B.E.H.* 1997 (11) : 46-9.
- [3] Révision de la définition du SIDA en France. – *B.E.H.* 1993 (11) : 47-8.
- [4] CAZEIN F., LOT F., PILLONEL J., PINGET R., LAPORTE A. – Connaissance du statut sérologique avant le diagnostic de SIDA. *B.E.H.* 1995 (46) : 202-3.

Cette étude a été financée par l'Agence nationale de recherches sur le SIDA.

**Nous tenons à remercier les médecins qui ont participé à l'étude dans les hôpitaux suivants :** dans les Hauts-de-Seine : Ambroise-Paré (Boulogne-Billancourt), Antoine-Béclère (Clamart), Beaujon (Clichy), Louis-Mourier (Colombes), Raymond-Poincaré (Garches), Notre-Dame-du-Perpétuel-Secours (Levallois-Perret), Max-Fourestier (Nanterre), Foch (Suresnes); en Gironde : Pellegrin Tripode, Saint-André (Bordeaux), Haut-Lévêque (Pessac), hôpital de Dax.

# LE POINT SUR...

## SITUATION DU SIDA EN EUROPE

Centre européen pour la surveillance épidémiologique du SIDA  
(Extraits du rapport n° 52, 31 décembre 1996)

En 1996, 24 920 cas de SIDA ont été déclarés dans la région Europe de l'OMS, ce qui amène le total cumulé à 185 808 cas (tabl. 1). Pour la première fois depuis le début de l'épidémie, le nombre de cas déclarés dans l'année a diminué par rapport à l'année précédente (- 5 % entre 1995 et 1996, après avoir augmenté de 1 % entre 1994 et 1995).

Globalement, on estime, après redressement pour les délais de déclaration, que l'incidence annuelle du SIDA a diminué de 11 % en 1996, après avoir atteint un plateau en 1994-1995. La diminution la plus importante est observée pour les hommes homo/bisexuels (- 20 % en 1996, - 8 % en 1995). Elle est moins marquée pour les utilisateurs de drogues injectables (- 8 % en 1996, - 3 % en 1995) et pour les personnes contaminées lors de rapports hétérosexuels (- 1 % en 1996, après une augmentation de + 8 % en 1995).

Une évolution analogue (stabilisation depuis 2 à 3 ans, puis diminution de l'incidence du SIDA en 1996) est observée dans la plupart des pays d'Europe occidentale. La diminution de l'incidence du SIDA est plus accentuée que la moyenne pour l'Europe en Autriche (- 36 %), Suède (- 25 %), Danemark (- 24 %), Pays-Bas (- 21 %), France (- 19 %), Royaume-Uni (- 17 %), Belgique (- 16 %) et Allemagne (- 13 %). Cependant, l'épidémie de SIDA ne semble s'être stabilisée ni au Portugal, ni en Grèce. Dans le centre et l'est de la région Europe de l'OMS, l'épidémie est bien plus récente et l'incidence du SIDA est beaucoup plus faible (à l'exception de la Roumanie) qu'en Europe occidentale. Au cours des 2 dernières années, l'incidence annuelle du SIDA (redressée pour les délais de déclaration) a augmenté de 23 % par an en moyenne. Les tendances de l'épidémie pour l'ensemble de cette partie de l'Europe sont largement influencées par l'épidémie nosocomiale majeure détectée en Roumanie en 1989. Cependant, dans d'autres pays de cette région, on observe actuellement une poursuite ou une émergence de l'épidémie.

La tendance à la diminution de l'incidence du SIDA dans l'ensemble de la région Europe pourrait être expliquée, au moins partiellement, par un pic de l'incidence du VIH dans les pays de l'ouest de l'Europe au milieu des années 80. Mais le facteur déterminant est sans doute la diffusion croissante depuis la mi-1996, de nouvelles stratégies thérapeutiques anti-rétrovirales, même si les niveaux de diffusion varient probablement beaucoup d'un pays à l'autre.

Tableau 1. – Cas de SIDA et taux par million d'habitants par pays, déclarés au 31 décembre 1996, avec redressements pour les délais de déclaration. Région Europe de l'OMS

Pays	Total cas déclarés	Total cas redressés	
	N	N	Taux
Albanie*	8	8	2,3
Allemagne	15 682	16 630	203,4
Autriche	1 642	1 670	208,4
Azerbaïdjan*	5	5	0,7
Bélarus*	15	15	1,5
Belgique	2 231	2 306	227,3
Bulgarie*	45	45	5,2
Croatie	108	110	24,5
Danemark	1 994	2 016	388,6
Espagne	43 218	46 161	1 163,4
Estonie*	14	14	9,2
Finlande	251	253	49,3
France	44 579	46 226	772,5
Géorgie*	12	12	2,2
Grèce	1 513	1 657	158,1
Hongrie	245	245	24,3
Irlande	577	646	181,2
Islande*	41	41	151,3
Israël	421	460	79,9
Italie	37 170	38 532	673,4
Kazakhstan*	8	8	0,5
Kirghizistan*	0	0	0,0
Lettonie*	17	17	6,7
Lituanie*	10	10	2,7
Luxembourg	117	117	285,4
Malte*	41	41	111,4
Moldova* République de	7	7	1,6
Monaco*	39	39	1 218,8
*Norvège	561	584	134,1
Ouzbékistan*	3	3	0,1
Pays-Bas	4 288	4 408	282,5
Pologne	477	502	13,1
Portugal	3 782	4 180	425,7
Roumanie	4 446	4 547	199,7
Royaume-Uni	13 720	14 368	245,9
Russie, (Fédération de)	255	274	1,9
Saint-Marin*	23	23	920,0
Slovaquie*	13	13	2,4
Slovénie	61	61	31,3
Suède	1 477	1 500	170,0
Suisse	5 535	6 007	826,4
Tadjikistan*	0	0	0,0
Tchéquie, République	90	90	8,7
Turquie	224	250	4,0
Ukraine	228	408	8,0
Yougoslavie	615	639	58,8
<b>Total</b>	<b>185 808</b>	<b>195 148</b>	

\* Non redressés (nombre insuffisant de cas).