



ENQUÊTE

INFECTIONS À VIH ET VHC ET MORTALITÉ CHEZ LES RÉSIDENTS DES CENTRES DE SOINS SPÉCIALISÉS POUR TOXICOMANES AVEC HÉBERGEMENT

(Centre Européen pour la Surveillance Épidémiologique du Sida, Saint-Maurice) C. Six, F. Hamers, J.-B. Brunet et les correspondants des CSSTH

INTRODUCTION

Une enquête semestrielle est réalisée depuis 1993 dans les Centres Spécialisés de Soins pour Toxicomanes avec Hébergement (CSSTH) [1]. Ses objectifs sont de décrire les caractéristiques démographiques et de toxicomanie des résidents des CSSTH et d'estimer la prévalence de l'infection par le VIH et depuis 1996, par le virus de l'hépatite C (VHC) dans cette population. Cet article fournit les résultats du 1^{er} semestre 1996 et les compare à ceux des 5 semestres précédents.

POPULATION ET MÉTHODES

La population est constituée des résidents des CSSTH (hébergement collectif, appartement thérapeutique, appartement-relais) et d'appartements de coordination thérapeutique. La méthode a été décrite précédemment [1]. En résumé, un questionnaire, destiné au recueil de données individuelles et anonymes, est envoyé semestriellement à chaque CSSTH. Les variables recueillies comprennent des informations générales, des informations relatives à la toxicomanie, au dépistage VIH et VHC ainsi qu'à la connaissance du statut sérologique, et enfin des informations cliniques pour les sujets séropositifs pour le VIH. Ce questionnaire est rempli par le personnel des CSSTH, d'après les informations fournies par les résidents eux-mêmes.

Le taux de mortalité par cause de décès et en fonction du statut VIH a été estimé pour l'ensemble de la période de janvier 1994 à décembre 1996 (les causes de décès n'étant pas disponibles pour le 2^e semestre 1993) par 100 personnes-années (PA) d'observation (nombre total de jours d'hébergement/365).

RÉSULTATS

1. Population étudiée

Au cours du 1^{er} semestre 1996, 106 CSSTH hébergeant un total de 1 859 résidents ont participé à l'enquête. Les résidents sont en majorité des hommes

(73,5 %). Leur âge médian est de 28 ans (de 16 à 60 ans), âge sensiblement similaire pour les hommes (28 ans) et pour les femmes (27 ans). Environ 40 % des résidents ont entre 25 et 29 ans. Les injecteurs (86 %) sont légèrement plus âgés (âge médian 28 ans) que les non-injecteurs (26 ans). L'âge médian à la première injection est de 20 ans (de 11 à 35 ans). Enfin, pour 50 % des injecteurs, l'année de première injection se situait avant 1989.

Le nombre de CSSTH et parallèlement, le nombre de résidents participant à l'enquête a augmenté au cours du temps (au 2^e semestre 1993, ils étaient respectivement de 62 et 1 071), essentiellement en raison de l'ouverture de nouveaux CSSTH. Les caractéristiques démographiques générales des résidents restent stables au cours du temps. Par contre, la proportion d'injecteurs a progressivement diminué (de 92 % au 2^e semestre 1993 à 86 % au 1^{er} semestre 1996; $p < 0,01$).

2. Infections à VIH et à VHC (1^{er} semestre 1996)

La proportion de résidents déclarant connaître leur statut sérologique pour le VIH est de 91,9 % dont 12,1 % sont séropositifs. 82,0 % déclarent connaître leur statut sérologique pour le VHC dont 53,3 % sont séropositifs (Tab.1). Parmi les résidents déclarant un statut sérologique négatif le dernier test négatif avait été effectué plus de 12 mois avant l'admission ou à une date inconnue dans 21,0 % des cas pour le VIH et dans 19,5 % des cas pour le VHC. Les séropositifs sont généralement plus âgés que les séronégatifs, tant pour le VIH (âge médian : 30 vs 27 ans) que pour le VHC (29 vs 26 ans).

Chez les toxicomanes injecteurs déclarant être testés pour les 2 virus, 38,6 % déclarent n'être infectés ni par le VIH ni par le VHC, 50,1 % être infectés uniquement par le VHC, 2,1 % uniquement par le VIH et 9,2 % être co-infectés par les 2 virus. La prévalence du VIH est plus élevée chez les femmes (19,5 %) que chez les hommes (11,6 %) ($p < 0,01$). En revanche, la prévalence du VHC est relativement semblable chez les femmes (60,0 %) et chez les hommes (58,6 %) (NS). Les prévalences augmentent nettement avec l'âge pour les 2 virus, passant pour le VIH de 3,5 % chez les moins de 25 ans à 27,7 % chez ceux âgés de 35 ans et plus, et pour le VHC de 41,9 % à 74,2 % pour

Tableau 1. – Séropositivité déclarée pour le VIH et le VHC chez les résidents des CSSTH par sexe, âge et semestre

Sexe et âge	VIH												VHC	
	II/93		I/94		II/94		I/95		II/95		I/96		I/96	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Hommes														
< 25 ans	(155)	3,9	(164)	1,2	(147)	3,4	(192)	4,2	(229)	1,7	(259)	1,2	(245)	33,9
25-34 ans	(482)	23,7	(539)	20,2	(536)	17,5	(595)	16,5	(778)	9,9	(841)	10,0	(753)	57,2
≥ 35 ans	(50)	44,0	(65)	41,5	(77)	35,1	(91)	23,9	(112)	21,4	(155)	26,5	(127)	73,2
Total	(687)	20,4	(768)	18,0	(760)	16,6	(878)	14,5	(1119)	9,4	(1255)	10,2	(1125)	54,0
Femmes														
< 25 ans	(83)	6,0	(94)	9,6	(94)	7,4	(120)	4,2	(146)	6,8	(145)	5,5	(135)	34,8
25-34 ans	(167)	31,1	(194)	22,7	(177)	25,4	(229)	22,5	(256)	24,2	(267)	22,8	(231)	58,4
≥ 35 ans	(20)	25,0	(16)	18,6	(23)	21,7	(23)	17,4	(29)	20,7	(40)	25,0	(32)	68,8
Total	(270)	23,0	(304)	20,4	(294)	19,4	(372)	16,4	(431)	18,1	(452)	17,5	(398)	51,3
Total*														
< 25 ans	(238)	4,6	(258)	4,3	(241)	5,0	(312)	4,2	(375)	3,7	(404)	2,7	(380)	34,2
25-34 ans	(649)	25,6	(733)	21,7	(713)	19,5	(824)	18,2	(1034)	13,4	(1108)	13,1	(984)	57,5
≥ 35 ans	(70)	35,7	(81)	37,0	(100)	32,0	(114)	21,9	(141)	21,3	(195)	26,2	(159)	72,3
Total	(927)	21,1	(1 072)	18,7	(1 054)	17,4	(1 250)	15,1	(1 550)	11,8	(1 707)	12,1	(1 523)	53,3

N = nombre de sujets déclarant connaître leur statut sérologique

* Excluant les résidents dont l'âge est inconnu (2 au I/95 et 2 au I/96)

les mêmes classes d'âge. Les prévalences augmentent avec l'ancienneté de la toxicomanie par voie injectable (Tab. 2). Parmi les injecteurs récents (< 4 ans), la prévalence du VIH était de 1,3 % et celle du VHC de 33,6 %.

Tableau 2. – Séropositivité déclarée pour le VIH et le VHC selon l'année de première injection chez les résidents des CSSTH, de janvier à juillet 1996

Année de 1 ^{re} injection	VIH		VHC	
	(N)	%	(N)	%
1966-1980	(122)	24,6	(103)	74,8
1981-1983	(136)	33,8	(114)	81,6
1984-1986	(227)	19,8	(206)	70,4
1987-1989	(266)	10,5	(244)	61,1
1990-1992	(276)	4,0	(223)	64,1
1993-1995	(231)	1,3	(217)	33,6

N = nombre de sujets déclarant connaître leur statut sérologique.

Parmi les non-injecteurs, 86,2 % déclarent n'être infectés ni par le VIH ni par le VHC, 11,8 % être infectés uniquement par le VHC, 1,5 % uniquement par le VIH et 0,5 % être co-infectés par les 2 virus. Comme chez les injecteurs, la prévalence du VIH est plus élevée chez les femmes (6,9 %) que chez les hommes (0,6 %) ($p < 0,01$) alors que celle du VHC est semblable chez les femmes (11,3 %) et chez les hommes (12,5 %) (NS). Les prévalences augmentent nettement avec l'âge pour les 2 virus, passant pour le VIH de 0,0 % chez les résidents de moins de 25 ans à 11,1 % chez ceux âgés de 35 ans et plus, et pour le VHC de 9,0 % à 37,5 % pour les mêmes classes d'âge.

3. Évolution de la prévalence du VIH (2^e semestre 1993-1^{er} semestre 1996) (Tab. 1)

La prévalence du VIH a baissé de façon constante et significative du 2^e semestre 1993 (21,2 %) au 2^e semestre 1995 (11,8 %) ($p < 0,05$) pour ensuite remonter légèrement au 1^{er} semestre 1996 (12,1 %). Cette baisse de prévalence globale est essentiellement due à une baisse chez les résidents âgés de 25 ans et plus, plus marquée pour les hommes (de 20,4 % à 10,2 %) que pour les femmes (de 23,0 % à 17,5 %). Chez les moins de 25 ans, bien que les tendances soient moins nettes, la prévalence semble cependant diminuer entre le 2^e semestre 1994 (5,0 %) et le 1^{er} semestre 1996 (2,7 %) (NS).

4. Mortalité (1^{er} semestre 1994-1^{er} semestre 1996) (Tab. 3)

Au cours de l'ensemble de la période de janvier 1994 à juillet 1996, 60 décès ont été observés parmi les 4145 résidents des CSSTH, dont 29 par overdose et 19 liés directement à l'infection à VIH (pour le 1^{er} semestre 1996, ces chiffres étaient respectivement de 6 et 2). Le taux de mortalité estimé est 4 fois supérieur chez les résidents séropositifs pour le VIH (14,5 pour 100 PA) que chez les séronégatifs ou ceux dont le statut sérologique est inconnu (3,6 pour 100 PA). Cette différence est liée à la surmortalité due à l'infection VIH chez les séropositifs, les taux de mortalité par autre cause notamment par overdose étant similaires chez les séropositifs et les autres résidents.

Tableau 3. – Taux de mortalité par 100 PA en fonction du statut VIH chez les résidents des CSSTH du 1^{er} janvier 1994 au 30 juin 1996 (N = 4145)

Cause de décès	VIH (+) (27 décès)	Autres (33 décès)
VIH/Sida	10,2	-
Overdose	2,7	2,6
Autre cause	1,6	1,0
Global	14,5	3,6

N = nombre de sujets déclarant connaître leur statut sérologique.

DISCUSSION

Les résidents des CSSTH sont des toxicomanes ayant suivi avant le séjour une cure de désintoxication, et donc en principe sevrés. Les résultats de cette étude ne sont donc probablement pas généralisables à l'ensemble de la population toxicomane en France.

La comparaison par sexe des prévalences du VIH et du VHC suggèrent que l'incidence de l'infection à VIH acquise par contact sexuel est plus élevée chez les femmes que chez les hommes toxicomanes (le VIH se transmettant à la fois par voie sexuelle et par voie parentérale et le VHC essentiellement par voie parentérale). Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette situation. Premièrement, la toxicomanie étant nettement plus fréquente chez les hommes, les femmes ont une probabilité plus élevée d'avoir un partenaire hétérosexuel toxicomane (donc ayant un risque élevé d'être séropositif) que les hommes. Deuxièmement, les femmes toxicomanes auraient plus fréquemment des rapports non protégés que les hommes [2]. Enfin, le risque de transmission hétérosexuel du VIH est plus élevé pour la femme que pour l'homme [3].

La similitude dans les deux sexes de la prévalence du VHC suggère une incidence similaire des infections transmises par voie parentérale chez les femmes et chez les hommes toxicomanes. La prévalence non négligeable du VHC chez les non-injecteurs résulte vraisemblablement de biais d'information : sous-déclaration de la prise de drogues par injection en particulier chez les injecteurs occasionnels; confusion possible entre hépatite B et C par les résidents ou le personnel remplissant le questionnaire.

La proportion beaucoup plus élevée de résidents infectés par le VHC que

par le VIH, en particulier parmi les injecteurs récents (33,6 % versus 1,3 %) montre le maintien d'un risque très important d'infection par le VHC. Cette situation peut s'expliquer par plusieurs facteurs. La prévalence globale de l'infection par le VHC chez les toxicomanes étant beaucoup plus élevée que pour le VIH, le risque qu'un partenaire avec qui on partage du matériel d'injection soit infecté est beaucoup plus grand pour le VHC que pour le VIH. De plus, des études ont montré que les changements de comportements en matière de partage des seringues étaient plus importants chez les toxicomanes infectés par le VIH connaissant leur statut sérologique que chez les autres [4]. Cette connaissance est plus précise et plus ancienne pour le VIH que pour le VHC. Les tests de détection du VHC n'ont été disponibles que 5 ans après ceux utilisés pour le VIH, et la perception de la gravité de ces deux infections est très différente. Enfin, et vu l'infériorité plus élevée du VHC, il est possible que les stratégies de réduction des risques liés aux partages de matériel d'injection soient moins efficaces pour le VHC que pour le VIH.

La baisse constante de prévalence du VIH au cours des 3 dernières années et jusqu'au 2^e semestre 1995 bien qu'encourageante doit être interprétée avec prudence; en particulier, elle ne signifie pas nécessairement que la transmission du VIH ait diminué au cours de cette même période. Différents facteurs peuvent expliquer la baisse de prévalence du VIH dans la population étudiée notamment des changements dans les modes d'administration de produits (proportion décroissante d'injecteurs), la mortalité plus élevée des toxicomanes séropositifs que des séronégatifs et enfin, des changements dans le recours aux soins pour les séropositifs. En France, l'incidence du VIH chez les utilisateurs de drogues par voie injectable a augmenté très rapidement suite à l'introduction du VIH dans ces populations, pour atteindre un pic autour de 1985 [5], la majorité des toxicomanes séropositifs ayant été contaminés aux environs du pic. Alors que l'incidence du VIH a donc diminué dans le passé (après le pic), on dispose de peu d'éléments permettant d'évaluer l'incidence actuelle. La prévalence chez les toxicomanes jeunes fournit des informations sur des infections relativement récentes. De ce point de vue, la tendance à la baisse de prévalence du VIH chez les moins de 25 ans est encourageante. Cependant, la prévalence du VIH (et du VHC) chez les injecteurs récents témoignent de l'existence de nouvelles contaminations. La remontée légère de la prévalence du VIH au 1^{er} trimestre 1996 s'explique par l'ouverture et l'inclusion dans l'enquête d'appartements de coordination thérapeutique accueillant exclusivement des résidents séropositifs.

La mortalité des résidents des CSSTH est très élevée et la cause principale des décès est l'overdose, qui représente la moitié des morts survenues chez les résidents. Cependant, la surmortalité liée au VIH fait que le taux de décès est 4 fois plus élevé chez les séropositifs que chez les séronégatifs.

Une des limitations de cette étude provient du fait que le statut sérologique est basé sur la déclaration des résidents et non directement sur un résultat de laboratoire. Bien que des études aient démontré une bonne fiabilité de la déclaration du statut sérologique VIH chez les utilisateurs de drogues injectables [6], il serait utile de valider les résultats obtenus, en particulier pour le VHC. Une autre limitation pourrait être due à une sous-déclaration de l'injection, en particulier chez les injecteurs occasionnels, donnant une prévalence élevée du VHC chez les non-injecteurs.

La proportion de toxicomanes qui n'ont pas de test sérologique récent reste relativement élevée en particulier pour le VHC. Au vu des nouvelles avancées thérapeutiques, tant pour le VIH que pour le VHC, il est important de proposer aux résidents de se faire tester. Les résultats de cette étude soulignent également le besoin de renforcer la prévention de la transmission sexuelle du VIH chez les femmes toxicomanes et de développer une meilleure connaissance du risque de transmission du VHC en fonction des pratiques de toxicomanie afin d'élaborer des stratégies de prévention de la transmission de ce virus.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] SIX C., HAMERS F., ANCELLE-PARK R., BRUNET J.B. et al. – L'infection à VIH chez les résidents des centres de soins spécialisés pour toxicomanes avec hébergement. – *B.E.H.* 1996, 11 : 53-54.
- [2] INGOLD F.R. – Étude multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face au risque de contamination par le VIH et les virus de l'hépatite. – *IREP*, décembre 1996.
- [3] DE VINCENZI I. – A longitudinal study of human immunodeficiency virus transmission by heterosexual partners. – *New Engl. J. Med.* 1994; 331 : 341-346.
- [4] DESENCLOS J.C., PAPAÉVANGELOU G., ANCELLE-PARK R. – Knowledge on HIV serostatus and preventive behaviour among European injecting drug users. – *AIDS* 1993, 7 : 1371-1377.
- [5] DOWNS A.M., HEISTERKAMP S.H., BRUNET J.B., HAMERS F. – Reconstitution of the HIV/AIDS epidemic among adults in the European Union and in the low prevalence countries of central and eastern Europe. – *AIDS* 1997 (à paraître).
- [6] DE IRALA J., BIGELOW C., McCUSKER J. et al. – Reliability of self-reported human immunodeficiency virus risk behaviors in a residential drug treatment population. – *Am. J. Epidemiol.* 1996; 143; 7 : 725-732.

REMERCIEMENTS

Nous remercions de leur participation active toutes les équipes des CSSTH et F. Rigoni (Centre européen pour la surveillance épidémiologique du Sida).