

S o m m a i r e

Introduction - J.C. Desenclos	page 2
1 - Surveillance du Sida : pourquoi le nombre de cas ne diminue-t-il plus ? J. Pillonel	page 3
2 - Activité de dépistage du VIH dans les laboratoires : résultats préliminaires du 1er semestre 2001 - F. Cazein.....	page 5
3 - Activité des consultations de dépistage anonyme et gratuit du VIH (CDAG) Augmentation de la proportion des diagnostics positifs, à Paris, en 1999 et en 2000 - P. Gouëzel	page 7
4 - Baromètre gay 2000 : comportement chez les hommes fréquentant les établissements gays parisiens - P. Adam.....	page 9
5 - Augmentation des cas de syphilis à Paris en 2000 - E. Couturier	page 10
6 - Co-infections VIH-VHC : enquête hospitalière nationale 2001 - P. Gouëzel.....	page 11
7 - Prophylaxie post-exposition : profils des consultants et pratiques de prescriptions - F. Lot	page 13
Perspectives pour 2002 - A. Laporte	page 15

Introduction

Jean-Claude DESENCLOS

Les données récentes issues des outils de collecte d'information disponibles sur le SIDA, l'infection à VIH, les MST et les comportements de prévention indiquent que l'on est entré dans une nouvelle phase caractérisée par le relâchement des comportements de prévention chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, la recrudescence des MST, notamment de la syphilis chez les hommes adultes en région parisienne, et par la stabilisation des nouveaux cas de SIDA.

Ne disposant pas encore de données sur les nouvelles infections à VIH, il est difficile de tirer des conclusions définitives quant à l'impact du recul de la prévention sur la transmission du VIH et son éventuelle augmentation. Cependant, le relâchement de la prévention chez les homosexuels, qui semble plus important chez ceux fréquentant les établissements de sexe que chez les lecteurs de la presse gay, est tout à fait cohérent avec la recrudescence importante de la gonococcie et de la syphilis qui en est la conséquence épidémiologique la plus rapidement repérable. En effet, 70% des cas masculins de syphilis sont survenus chez des homosexuels et près de 50% des patients sont séropositifs pour le VIH. Sachant que les MST facilitent la transmission du VIH et peut augmenter la charge virale spermatique des sujets séropositifs, il est tout à fait possible que la réduction du risque de transmission liée de la baisse de la charge virale engendrée par les traitements antirétroviraux multiples soit en partie contrebalancée voire annulée.

La stabilisation des cas de SIDA est liée principalement soit à l'absence de dépistage

soit à une insuffisance de prise en charge des sujets connaissant leur statut séropositif. Ce phénomène est particulièrement préoccupant chez les patients hétérosexuels originaires d'Afrique subsaharienne et vivant en France, chez qui le nombre de cas de SIDA augmente. Les données issues des CDAG de la région parisienne indiquent aussi une tendance à l'augmentation du nombre de sérologies positives dans cette même population.

Enfin, une enquête réalisée en 2001 auprès des patients séropositifs pour le VIH pris en charge dans un service hospitalier a montré que 26% sont co-infectés par le VHC soulignant ainsi l'importance de la prise en charge de l'infection VHC chez les patients touchés par le VIH.

Ces données permettent de mettre l'accent sur l'importance du dépistage précoce de l'infection par le VIH, seule mesure qui permettra de réduire le nombre de nouveaux cas de SIDA et l'ajustement de la prévention en direction des groupes les plus exposés au risque. Par ailleurs, il convient d'approfondir l'appréciation de la dynamique de l'épidémie VIH par la mise en œuvre opérationnelle rapide de la surveillance de la sérologie VIH en 2002 et l'estimation directe de l'incidence dans les population à haut risque, par le suivi de l'évolution des comportements de prévention de la transmission sexuelle ou de la transmission par partage de matériel d'injection et enfin par la surveillance des MST aiguës. L'analyse des raisons du retard au dépistage par une approche qualitative est essentielle pour pouvoir prétendre proposer des mesures qui contribueront à réduire le nombre de personnes développant le SIDA.

J. Pillonel, P. Gouëzel,
R. Pinget, D. David,
F. Cazein, F. Lot, A. Laporte
Institut de Veille Sanitaire

du sida : Pourquoi le nombre de cas ne diminue-t-il plus ?

Après une augmentation du nombre de cas de sida jusqu'en 1994, une diminution s'est amorcée en 1995 et s'est fortement accentuée en 1996, lors de la diffusion des nouvelles thérapeutiques anti-rétrovirales. On observe en 1998, un ralentissement de cette diminution et, à partir de 1999, une stabilisation du nombre de nouveaux cas à environ 800 par semestre. Quels sont les facteurs qui expliquent cet arrêt de la diminution ?

■ Méthode

Les données analysées correspondent à l'ensemble des déclarations obligatoires de sida parvenues à l'InVS au 30 septembre 2001, pour des cas diagnostiqués jusqu'au 30 juin 2001 (N= 54 256). Les données sont comparées entre 3 périodes de temps : 1994-mi1996, mi1996-1998, 1999-mi2001. Sur la dernière période, les données sont redressées pour tenir compte des délais

de déclaration. Les variables examinées plus particulièrement sont le sexe, le mode de contamination, la nationalité, la connaissance ou l'ignorance de la séropositivité, la prise d'antirétroviraux avant le diagnostic de sida et l'année de diagnostic.

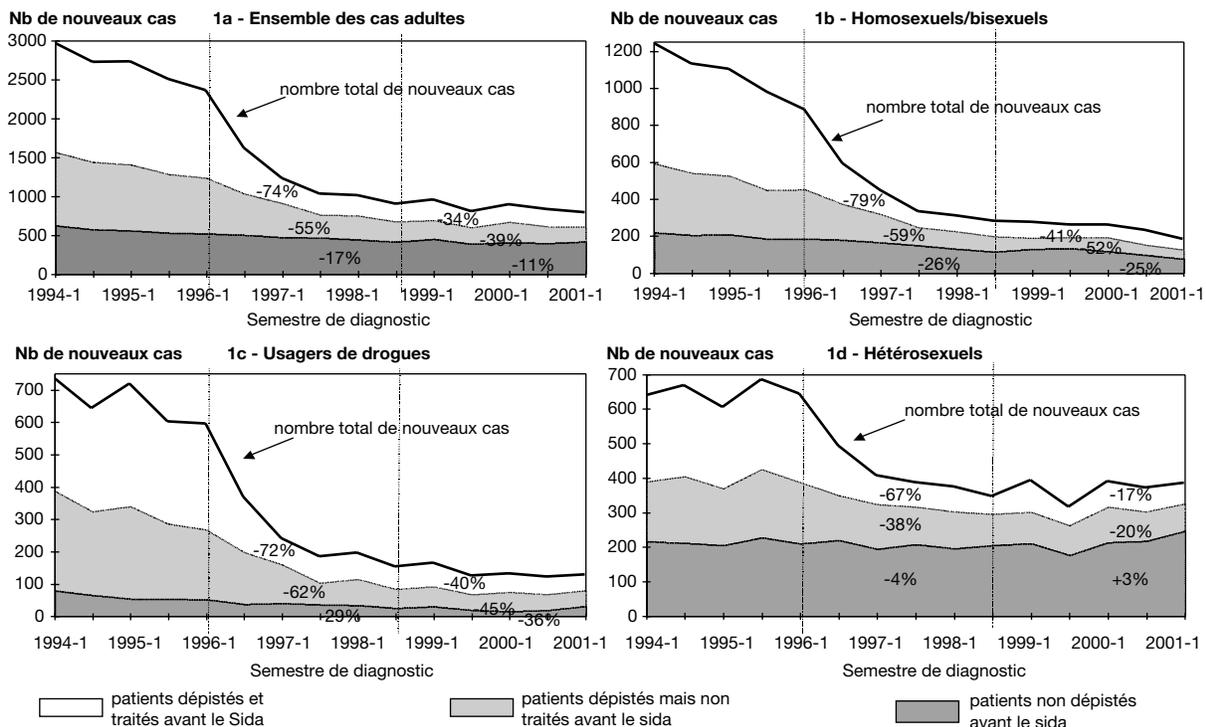
Les résultats d'une analyse multivariée sur les facteurs associés à l'absence de dépistage du VIH avant le sida pour les cas diagnostiqués entre 1994 et 2000 seront présentés.

■ Résultats

Après la chute spectaculaire du nombre de cas de sida au deuxième semestre 1996 qui s'est poursuivie en 1997 et 1998 mais à un rythme plus faible, on observe, à partir de 1999, une stabilisation du nombre de nouveaux cas (figure 1a).

Figure 1 - Nouveaux cas de sida par semestre de diagnostic jusqu'au 30 juin 2001 selon la connaissance de la séropositivité et la prescription d'un traitement antirétroviral avant le sida.

(Données du 30/09/2001 dressées pour les délais de déclaration)



Cette stabilisation constatée pour l'ensemble des cas masque cependant des évolutions différentes selon le mode de contamination. En effet, chez les homosexuels et les usagers de drogues, le nombre de cas continue à diminuer (- 33% et - 24% respectivement entre le 1^{er} semestre 1999 et le 1^{er} semestre 2001, figures 1b et 1c) alors qu'il ré-augmente légèrement chez les hétérosexuels (+ 17% sur la même période, figure 1d).

Pourquoi de telles différences ?

Si avant 1996, l'incidence passée des contaminations était le déterminant essentiel de l'évolution du nombre de cas de sida avec un retard d'environ 10 ans, à partir de la mi-1996, les nouveaux traitements et par ricochet l'accès à ces traitements et au dépistage du VIH sont devenus les facteurs les plus importants dans les évolutions observées. C'est ainsi que chez les hétérosexuels, la légère augmentation du nombre des personnes qui ne connaissaient pas leur séropositivité avant le sida (+ 3% entre la période mi96-1998 et la période 1999-mi 2001, figure 1d) sous-groupe qui représente presque 60 % des cas de sida contaminés par voie hétérosexuelle sur la période 1999-mi2001, a eu pour conséquence l'augmentation récente du nombre total de cas.

Si le mode de contamination apparaît être un facteur associé à la non connaissance de la séropositivité avant le sida, une analyse multivariée par régression logistique, réalisée sur 22 042 cas de sida diagnostiqués entre le 1^{er} janvier 1994 et le 31 décembre 2001, montre qu'il n'est pas le seul. Le sexe, l'âge, la nationalité, la région de domicile et la catégorie socioprofessionnelle (CSP) sont, avec le mode de contamination, les facteurs retrouvés indépendamment associés à la non connaissance de la séropositivité avant le sida. Les hommes ont un risque de ne pas être dépistés avant le sida plus élevé que les femmes [OR = 1,78 ; IC à 95% = (1,6-2,0)], les plus de 50 ans, un risque plus élevé que les moins de 30 ans [OR = 1,56 ; IC = (1,4-1,8)], les patients de nationalité d'un pays d'Afrique Sub-saharienne, un risque plus élevé que les français [OR = 2,66 ; IC = (2,4-3,0)], les patients domiciliés dans le sud de la France un risque moins

élevé qu'en Ile de France [OR = 0,85 ; IC = (0,8-0,9)] et les ouvriers, chômeurs et retraités un risque plus élevé que les employés.

Ainsi, sur la période 1999-mi2001, parmi les patients de nationalité d'un pays d'Afrique Sub-saharienne qui sont majoritairement des hétérosexuels (88%), 70% ne connaissaient pas leur séropositivité avant le sida et leur effectif a augmenté de plus de 30% par rapport à la période précédente mi 96-1998. Cet accroissement du nombre de patients de nationalité d'un pays d'Afrique Sub-saharienne a eu pour conséquence l'augmentation récente du nombre de nouveaux cas de sida contaminés par voie hétérosexuelle.

Alors que le nombre de cas de sida découvrant leur séropositivité au moment du diagnostic de sida augmente actuellement dans certains groupes ou sous-groupes, le nombre de ceux qui ne sont pas traités alors qu'ils connaissaient leur séropositivité avant le sida continue à diminuer dans tous les groupes (- 52% pour les homosexuels entre la période mi1996-1998 et la période 1999-mi2001, - 45% chez les usagers de drogues et - 20% chez les hétérosexuels entre les mêmes périodes, cf. figure). Il a également diminué de 20% chez les patients de nationalité d'un pays d'Afrique Sub-saharienne. Ce facteur ne semble donc pas intervenir dans les évolutions actuelles.

■ Conclusion

Les données sur la surveillance du sida, si elles ne renseignent plus sur la courbe épidémique, permettent cependant d'évaluer l'impact de l'accès au dépistage et aux soins, et de caractériser des groupes de population auprès desquels des actions doivent être menées prioritairement. Les personnes contaminées par rapports hétérosexuels et plus particulièrement celles originaires d'un pays d'Afrique Sub-saharienne doivent être informées des bénéfices, en terme de prise en charge thérapeutique, qu'elles auraient à être dépistées plus précocement.

(1er semestre 2001, résultats préliminaires)

F. Gazein, D. David,
J. Pillonel,
A. Laporte

de dépistage du VIH dans les laboratoires d'analyses médicales

■ Méthode

Un recueil d'information a été mis en place, à partir de 2001, auprès de l'ensemble des laboratoires d'analyses médicales. Il s'agit de recenser, de façon totalement anonyme, le nombre de personnes testées pour le VIH, le nombre de personnes confirmées positives (WB ou autre technique de confirmation), et pour chaque personne confirmée positive, le sexe, l'âge et le département de domicile.

Cette enquête est menée par l'InVS dans 19 régions (environ 3 800 laboratoires). Dans les 4 autres régions, les ORS recueillent les mêmes informations (environ 450 laboratoires).

Le recueil est semestriel, les données reçues actuellement portent sur les sérologies VIH réalisées du 1^{er} janvier au 30 juin 2001. Les résultats présentés ici sont préliminaires, ne comprenant que les réponses parvenues à l'InVS au 8 novembre 2001.

■ Résultats

1. Participation

Au 8 novembre 2001, 2 300 réponses étaient parvenues à l'InVS, soit 61% de participation globale. La participation est plus élevée pour les laboratoires hospitaliers (71%) que pour les laboratoires de ville (60%). Elle varie aussi selon les régions :

- Elle est plus faible (43-54%) dans 4 régions (Languedoc-Roussillon, Corse, DOM et PACA)
- Elle est plus élevée (70% et plus) dans 6 régions (Pays-de-la-Loire, Bourgogne, Lorraine, Haute-Normandie, Franche-Comté et Limousin)

2. Nombre de personnes testées au cours du semestre

Les laboratoires ayant déjà répondu font état de 1 325 936 personnes testées au 1^{er} semestre 2001, dont 29% dans des laboratoires hospitaliers et 69% dans des laboratoires de ville

- le pourcentage de personnes testées à l'hôpital est particulièrement élevé en Aquitaine et en Franche Comté (>40%).

Six pour cent des tests VIH ont été faits sur un prélèvement transmis par une CDAG (14% des tests faits en hôpital et 3% des tests en laboratoire de ville)

- cette proportion est particulièrement élevée (plus de 20%) dans les laboratoires hospitaliers de 5 régions (Aquitaine, Champagne-Ardennes, Corse, Haute Normandie et Pays-de-la-Loire).

Près d'un laboratoire sur 2 a testé entre 200 et 500 personnes au cours du semestre (tableau 1) :

Nombre de personnes testées au 1 ^{er} semestre 2001	% de laboratoire
0-99	7%
100-199	19%
200-499	45%
500-999	18%
>=1000	11%

3. Nombre de personnes confirmées positives pour le vih

Les laboratoires participants signalent 3 804 personnes confirmées positives (il s'agit de découvertes de séropositivité pour le laboratoire ; une personne peut être confirmée positive pour le VIH dans plusieurs laboratoires, dans ce cas elle est comptée plusieurs fois).

- 63% de ces positifs sont dépistés à l'hôpital, 31% en laboratoire de ville, 6% en établissements de transfusion (hors dons de sang)

La majorité des laboratoires répondants n'ont signalé aucune personne confirmée positive au cours du semestre (tableau 2) :

Nombre de personnes confirmées positives 1 ^{er} semestre 2001	% de laboratoire
0	69%
1-4	26%
5-99	5%
>=100	0,2%

Le rapport entre le nombre de personnes confirmées positives et le nombre de personnes testées est globalement de 0,29%. Il varie selon le cadre du dépistage, le type de laboratoire et la région :

- le rapport positifs / testés est plus élevé (0,52%) pour les personnes prélevées en CDAG que pour les personnes prélevées dans le laboratoire ou l'établissement de soin (0,27%).

- il est plus élevé à l'hôpital (0,62%) que dans les laboratoires de ville (0,13%)

- il est nettement plus élevé en Ile-de-France et dans les DOM (supérieur à 0,5%) que dans les autres régions : entre 0,2 et 0,3% en Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées et inférieur à 0,2% dans le reste de la France.

4. Sexe et âge des personnes confirmées positives

Le sexe et l'âge sont connus pour 3 396 personnes confirmées positives, testées en dehors du cadre des CDAG. La proportion de femmes est de 40%, elle continue à augmenter au cours du temps (d'après les données de RENAVI, elle était de 30% en 1997). Cette proportion varie selon les régions : elle est plus élevée pour les personnes domiciliées dans les DOM et à l'étranger (47%), en Ile de France, Midi-Pyrénées, Pays-de-la-Loire et PACA (proche de 42%) que dans les autres régions.

L'âge médian des personnes confirmées positives au 1^{er} semestre 2001 est de 36 ans. Il est plus élevé chez les hommes (38 ans) que chez les femmes (32 ans). L'âge médian des hommes a augmenté par

rapport à 1997 (35 ans, d'après RENAVI), alors que pour les femmes il n'a pas augmenté entre 1997 et 2001 (32 ans). Il s'agit d'une évolution nouvelle puisque entre 1989 et 1997, l'âge médian des hommes et des femmes ayant un test VIH positif s'élevait régulièrement, tout en maintenant chaque année une différence de 3 ans entre les hommes et les femmes.

■ Conclusion

Ces résultats sont préliminaires. A la fin de l'année 2001, les réponses aux relances seront incluses dans l'analyse et une extrapolation au niveau national du nombre de personnes testées et de personnes confirmées positives pourra être faite, permettant des comparaisons avec les données plus anciennes (RENAVI 1997 pour l'échelle nationale, RESORS VIH 1998 pour l'échelle régionale).

Néanmoins ces résultats fournissent dès maintenant des informations sur les dépistages du VIH en 2001 :

- La répartition des testés et des positifs par type de laboratoire (hospitaliers ou de ville) est proche de ce qui était observé en 1997 d'après RENAVI.

- Les caractéristiques des personnes confirmées positives indiquent une augmentation de tests positifs chez des femmes jeunes. En effet, on observe à la fois une augmentation de la proportion de femmes parmi les personnes confirmées positives par rapport à 1997 (40% contre 30%), et un âge médian qui n'augmente plus pour les femmes par rapport à 1997 alors qu'il a augmenté de 3 ans pour les hommes.

Pascal Gouézel
et les médecins responsables des
CDAG de Paris :

*Dr. Crémieux (Bichat),
Dr. Derouineau (Figuière),
Dr. Gergely (Fournier),
Mme Imaz (Valois CRF),
Dr. Jannier (St-Louis),
Dr. Muller (Belleville),
Dr. Rouvier (Ridder),
Dr. Simon (Pitié)*

des consultations de dépistage anonyme et gratuit du VIH (CDAG) Augmentation de la proportion des diagnostics positifs, à Paris, en 1999 et en 2000

L'analyse des données des CDAG 1998 et 1999 a montré une augmentation de la proportion des diagnostics positifs en Ile-de-France. Les données 2000 ont été analysées pour Paris sans attendre le retour de l'ensemble des données nationales.

épidémiologiques portées sur les fiches médicales des diagnostics VIH positifs de 8 sur 11 CDAG de Paris ont été analysées. L'enquête épidémiologique nationale de 1999 répétée en 2000 a permis de décrire la clientèle des CDAG.

■ Méthode

Chaque trimestre, les CDAG adressent à l'InVS un bilan d'activité mentionnant le nombre et la proportion de diagnostics VIH positifs, par sexe et par tranche d'âge, sans autre information épidémiologique. Les CDAG utilisent parfois des fiches médicales anonymes pour leur propre usage ; l'âge, le sexe, l'origine géographique, le groupe de transmission et la couverture sociale sont les informations les plus fréquemment relevées. Les données

■ Résultats

L'analyse des bilans trimestriels d'activité des CDAG indique, à Paris, une inversion de tendance : après une décroissance régulière de la proportion de diagnostics positifs depuis plusieurs années, les proportions de diagnostics positifs passent de 7,4 pour mille en 1998 (372/49 575), à 8,5 pour mille en 1999 (412/47 843) et à 9,3 pour mille en 2000 (468/ 50 000) (tableau 1).

Tableau 1 : Evolution de la proportion de diagnostics VIH positifs (pour mille), CDAG de Paris hors prison, 1998-2000, par sexe et par tranche d'âge (pour effectif >1000).

	1998		1999		2000	
	/1000	n	/1000	n	/1000	n
Hommes						
Moins de 20 ans	5,1	8/1 561	1,5	2/1 357	0,7	1/1 537
20 à 29 ans	5,9	75/12 739	7,4	95/12 814	6,4	93/14 442
30 à 39 ans	15,9	126/7 901	13,5	107/7 923	17,8	157/8 797
40 à 49 ans	14,7	43/2 935	13,0	39/2 992	15,8	52/3 285
Hommes, total	9,7	285/29 419	9,7	259/26 700	10,7	320/29 988
Femmes						
Moins de 20 ans	1,4	4/2 842	1,9	5/2 649	1,1	3/2 699
20 à 29 ans	3,9	41/10 626	5,2	55/10 675	6,1	73/12 025
30 à 39 ans	10,1	34/3 359	13,2	43/3 263	13,7	51/3 712
40 à 49 ans	6,0	8/1 328	8,7	11/1 267	12,7	17/1 337
Femmes, total	4,2	87/20 528	6,5	119/18 391	7,2	148/20 480
Ensemble						
Total	7,4		8,5		9,3	

L'augmentation constatée concerne les deux sexes. La proportion de diagnostic positif passe chez les hommes de 9,7 pour mille en 1998, à 10,7 pour mille en 2000. Chez les femmes, cette proportion passe de 4,2 pour mille en 1998, à 6,5 pour mille en 1999 et à 7,2 pour mille en 2000 (tableau 1).

L'augmentation porte essentiellement sur les femmes de 20 à 49 ans et les hommes de 30 à 49 ans (tableau 1).

Au total, pour ces trois années, 1074 fiches médicales de diagnostic positif ont été retrouvées, soit 81 % de l'ensemble des diagnostics positifs. L'analyse montre (tableau 2), qu'entre les années 1998, 1999 et 2000, le nombre et la proportion de diagnostics positifs diminuent chez les homosexuels et augmentent chez les personnes hétérosexuelles, en particulier chez celles d'origine étrangère (tableau 2).

■ Discussion

La fréquentation est restée stable dans ces 6 CDAG, en particulier entre 1999 et 2000 (32947 diagnostics en 1999 et 32616 en 2000). En revanche, la population accueillie peut s'être qualitativement

modifiée (moins d'homosexuels, plus de personnes d'origine étrangère). Les résultats de l'enquête nationale épidémiologique faite en 1999 puis répétée en 2000 ne vont pas dans ce sens. Lorsqu'on analyse les réponses des CDAG de Paris (803 réponses en 1999 et 847 réponses en 2000), la proportion de personnes étrangères est identique en 1999 (67/716 soit 9,4 %) et en 2000 (75/798 soit 9,4 %). Il en est de même pour ce qui concerne l'orientation sexuelle : la proportion d'hommes homo-bisexuels est de 19,0% en 1999 et de 17,5 % en 2000 (p=0,45).

■ Conclusion

Les homosexuels et les hétérosexuels originaires d'Afrique sub-saharienne sont sur-représentés parmi les diagnostics positifs. Cependant, l'absence de données épidémiologiques sur les personnes ayant un diagnostic VIH négatif ne permet pas de disposer de dénominateurs et rend l'interprétation plus difficile. Cette insuffisance plaide pour l'instauration d'un réseau de CDAG sentinelles capable de recueillir de façon anonyme et prospective quelques informations épidémiologiques sur l'ensemble des consultants.

Tableau 2 : caractéristiques épidémiologiques des diagnostics VIH retrouvés positifs, années 1998 à 2000, CDAG de Paris ayant des données exhaustives sur 3 années (6 CDAG/8, 955 diagnostics).

	1998		1999		2000	
	n	%	n	%	n	%
Homosexuels	162	51 %	148	49 %	119	37 %
Hétérosexuels	150	47 %	147	49 %	202	61 %
dont						
<i>Femmes Afrique sub-saharienne</i>	46		67		72	
<i>Femmes autre origine étrangère</i>	13		10		8	
<i>Hommes Afrique sub-saharienne</i>	43		29		54	
<i>Hommes autre origine étrangère</i>	17		19		31	
Toxicomanes	7	2 %	8	3 %	5	2 %
Inconnus	0		0		7	
Total	319	100 %	303	100 %	333	100 %

Gay 2000 : comportements des hommes fréquentant les établissements gays parisiens

Objectif : Evaluer l'état de la prévention parmi les clients des établissements gays parisiens.

Méthodologie : En 2000, pendant un mois, un questionnaire auto-administré a été proposé aux clients de 62 établissements gays parisiens (bars, saunas et sex clubs).

Résultats : 2026 questionnaires ont été collectés sur 17200 diffusés (taux de retour de 12%). La moyenne d'âge des répondants est de 34 ans. La majorité des répondants (63%) ont fait des études universitaires et 87% vivent en région parisienne. La plupart des répondants (87%) se définissent comme « homosexuels ». Neuf répondants sur dix ont déjà fait le test de dépistage du VIH et, parmi les testés, 16,5% se déclarent infectés par le VIH. Parmi les répondants, 80% ont déclaré avoir eu au moins un partenaire occasionnel au cours des douze mois ayant précédé l'enquête. Les résultats suivants portent sur cette sous-population (n=1620). Parmi ces hommes, 40% déclarent avoir éjaculé dans la bouche de partenaires occasionnels et 25% avoir reçu leur sperme dans la bouche. Plus de la moitié (52%) déclarent avoir eu des partenaires de rencontre qui ont essayé de les convaincre d'avoir des pénétrations sans préservatif. Un tiers de ces répondants (31%) déclare des pénétrations anales non protégées (i.e. sans

préservatif) avec des partenaires occasionnels dans l'année. Ce taux atteint 39% chez les moins de 25 ans, contre 30% chez les hommes plus âgés. Le taux est de 54% chez les répondants séropositifs, contre 27% parmi les répondants non testés ou testés négatifs. Enfin, parmi les clients réguliers des sex clubs, 42% ont eu des rapports non protégés, contre 27% parmi les hommes qui ne fréquentent pas régulièrement ces établissements. Cette proportion atteint 70% chez les hommes séropositifs fréquentant régulièrement les sex clubs.

Conclusion : Les moins de 25 ans, les hommes multi-partenaires et ceux séropositifs pour le VIH, etc., ont rapporté des rapports non protégés fréquents avec des partenaires occasionnels, de même que les clients réguliers des établissements avec sexe. Les prises de risque observées sont plus importantes que celles déclarées par les Franciliens de l'Enquête presse gay 2000, du fait notamment de l'activité sexuelle et de la fréquentation des établissements de sexe plus importantes des répondants du Baromètre. Ainsi, le principe du sondage rapide sur lequel repose le Baromètre a permis un accès plus direct à des sous-groupes de la population gay possédant des répertoires sexuels et des cultures du risque plus marquées et qui, de ce fait, constituent des cibles prioritaires pour la prévention.

**E. Couturier¹, N. Dupin², M. Janier³,
B. Halioua⁴, J-P. Mertz⁵,
A-C. Crémieux⁶.**

¹InVS ; ²DAV, Hôpital Tarnier ;

³Centre des MST, Hôpital Saint-Louis ;

⁴Institut Fournier ; ⁵DAV de la Croix-Rouge ;

⁶CDAG-DAV, Hôpital Bichat.

des cas de syphilis à Paris en 2000

Depuis 1990, la syphilis était une maladie très rare dans les dispensaires antivénéériens (DAV) de Paris. Fin novembre 2000, le diagnostic de plusieurs cas de syphilis en l'espace de six semaines dans le DAV de l'Hôpital Tarnier a entraîné une enquête épidémiologique pour confirmer les cas diagnostiqués et une éventuelle recrudescence de la syphilis.

■ Méthodes

Une définition de cas standardisée a permis d'inclure les cas de syphilis précoce (primaire, secondaire, latente précoce) diagnostiqués depuis 1998 dans 5 DAV. Les informations suivantes ont été collectées pour les cas diagnostiqués depuis janvier 2000 : âge, sexe, orientation sexuelle, signes cliniques, date et résultat de la sérologie VIH la plus récente, pour les patients séropositifs, traitement antirétroviral en cours.

■ Résultats

Le nombre de cas de syphilis par année était respectivement de 4 en 1998, 9 en 1999, 28 en 2000 et 59 au 15 novembre 2001. Parmi les 87 cas diagnostiqués depuis janvier 2000, 30% (26) avaient

une syphilis primaire, 56% (49) une syphilis secondaire et 14% (12) une syphilis latente précoce. Quarante six étaient des hommes dont 71% (61) homosexuels, 12% (10) bisexuels et 17% (15) hétérosexuels. L'âge moyen était de 37,5 ans (médiane: 36 ans). Parmi les 87 cas, 52% (45) étaient infectés par le VIH. Les patients VIH(+) étaient tous des hommes, homosexuels ou bisexuels sauf un. Parmi ceux-ci, 78% (35) connaissaient leur statut VIH(+) avant le diagnostic de syphilis, en moyenne depuis 6,5 ans. Parmi les 35 patients séropositifs, 80% (28) bénéficiaient d'un traitement antirétroviral.

■ Discussion/Conclusion

En 2000, la résurgence de la syphilis a été confirmée dans les DAV parisiens. La syphilis touche principalement les hommes homosexuels. La moitié des cas était infectée par le VIH. La réapparition de la syphilis, la recrudescence de la gonococcie depuis 1998 en Ile-de-France témoignent d'un relâchement de la prévention. Une surveillance de la syphilis a été mise en place à Paris dans les DAV mais aussi dans les consultations hospitalières de dermatologie et de maladies infectieuses et dans un réseau de médecins de ville.

P. Gouézel¹, D. Salmon²,
G. Pialoux², J. Holstein³,
E. Delarocque-Astagneau¹

¹InVS,

²APPIT (association des professeurs de pathologie infectieuse et tropicale),

³AP-HP (Assistance-Publique Hôpitaux-de-Paris)

VIH-VHC, enquête hospitalière nationale, juin 2001 - premiers résultats

■ Introduction

Les patients co-infectés par le VIH et le VHC développent de plus en plus de complications spécifiques graves liées au VHC. Les objectifs de l'étude étaient d'estimer la proportion de patients VIH-positifs présentant des marqueurs de l'hépatite C, de connaître les stades de l'infection à VHC chez ces patients et de faire le point en 2001 sur les différentes prises en charge diagnostiques et thérapeutiques de ces patients.

■ Méthodes

Une enquête nationale hospitalière de type « un jour donné » a été réalisée en juin 2001 dans 180 services tirés au sort parmi 272 services de maladies infectieuses, d'immuno-clinique et de médecine interne accueillant des patients VIH-positifs. Tous les patients VIH-positifs présents le jour de l'enquête (consultation, hôpital de jour, hospitalisation complète) ont été inclus. Afin d'assurer un effectif suffisant, les services à forte activité ont été sur-représentés. Les données démographiques, cliniques et biologiques sur les infections à VIH et à VHC et sur les traitements anti-VHC ont été recueillies par questionnaire. L'analyse multivariée a été faite par analyse des correspondances (Spad) et par régression logistique (BMDP).

■ Résultats

La participation des services a été de 78 %. Au total, 1761 patients VIH-positifs ont été inclus ; 67 % étaient des hommes ; la moyenne d'âge était de 40,8 ans. Les patients étaient au stade sida dans 40 % des cas, toxicomanes dans 25 % des cas, homosexuels dans 36 % des cas.

Parmi eux, 1702 avaient eu une sérologie VHC (97%) et 456 présentaient des anticorps anti-VHC (26,8 %). Après redressement sur l'activité des services, cette proportion a été estimée à 27,9 % [26,7 % - 31,0 %].

Parmi les 456 patients avec anticorps anti-VHC positifs, 367 (80%) avaient eu une recherche d'ARN. Cette recherche était positive pour 303 d'entre eux (82 %).

La proportion de patients VIH+ VHC+ différait selon le groupe de transmission : 83,7 % chez les toxicomanes, 8,8 % chez les hétérosexuels et 6,5 % chez les homosexuels, la région : 42,7 % en PACA et 25 % en Ile de France, l'âge : 38 % chez les 35-45 ans, moins de 18 % avant 35 ou après 45 ans ; en revanche, elle ne différait pas selon le sexe, le stade VIH, le type d'établissement ou la nature du service.

Description des patients co-infectés

Parmi 456 patients VIH+ porteurs d'anticorps anti-VHC, 27 % consommaient plus de 40g d'alcool par jour, 52 % avaient des ALAT supérieures à la normale. Lorsque l'ARN était positif, 49 % avaient bénéficié d'une biopsie hépatique. Les patients biopsiés présentaient une hépatite minime dans 27 % des cas, une hépatite active dans 46 % des cas et une cirrhose dans 27 % des cas.

Les patients biopsiés avaient été mis sous traitement dans 54 % des cas (IFN 20 %, IFN+RIBA 43 %, PEGIFN 8 % et RIBA+PEGIFN 29 %).

Au cours de leur suivi, 20 % des patients VIH+VHC+ avaient été vus par un hépatologue (simple avis, consultation ou hospitalisation).

Analyse multivariée

La recherche des groupes homogènes de patients permettait d'illustrer la diversité des attitudes des cliniciens. L'analyse des correspondances multiples a montré deux populations distinctes. La première (36 %) regroupait essentiellement des patients biopsiés, traités, souvent suivis par un hépatologue ; les patients avaient souvent des ALAT élevées et des CD4 élevés. La seconde regroupait surtout des patients non biopsiés, non traités, rarement suivis par un hépatologue ; ces patients avaient des ALAT souvent normales et étaient souvent au stade sida.

Une des questions d'intérêt principal était d'identifier des facteurs liés aux différences de prise en charge diagnostique, en particulier pour ce qui concernait la réalisation d'une biopsie, pré requis indispensable au traitement. L'analyse multivariée par régression logistique a montré qu'une biopsie hépatique était d'autant plus souvent réalisée chez les patients ARN positifs qu'ils consommaient peu d'alcool (OR ajusté : 2,5 [1,4 - 5,1]), que leurs ALAT étaient élevées (OR ajusté : 2,4 [1,3 - 4,5]), qu'ils n'étaient pas au stade sida (OR ajusté : 2,1 [1,1 - 3,8]), que leurs CD4 étaient supérieurs à 200 (OR ajusté : 3,1 [1,5 - 6,5]), qu'ils étaient toxicomanes (OR ajusté : 2,5 [1,3 - 5,1]), que leur pathologie VHC était suivie par un hépatologue (OR ajusté : 3,7 [1,8 - 7,2]) et qu'ils étaient suivis dans un hôpital qui avait vu plus de 30 patients VIH-positifs le jour de l'enquête (OR ajusté : 2,5 [1,4 - 4,6]).

La mise sous traitement après ponction biopsie hépatique ne dépendait quant à elle que de

l'intervention d'un hépatologue au cours du suivi du patient (OR ajusté : 2,7 [1,2 - 5,8]).

■ Discussion, conclusion

Cette enquête a permis de fournir une estimation nationale de la co-infection VIH-VHC chez les patients VIH pris en charge dans les services hospitaliers. Un effort méthodologique a été réalisé afin d'assurer la représentativité nationale des résultats. L'enquête a permis de décrire les prises charges diagnostiques et thérapeutiques et de faire un point des pratiques en 2001 au niveau national. Elle a également montré le bénéfice pour les patients d'être suivis par un hépatologue (simple avis, consultation ou suivi dans un service d'hépatologie) et la plus-value que pouvait apporter « l'expérience » des praticiens (importance de la file active VIH).

Prophylaxie

Florence Lot,
Christine Larsen,
Betty Basselier,
Anne Laporte

Institut de Veille Sanitaire

post-exposition : profils des consultants et pratiques de prescription 1^{er} juillet 1999 – 30 juin 2001

■ Introduction

La prise en charge thérapeutique des personnes exposées fait l'objet d'une évaluation nationale depuis juillet 1999, coordonnée par l'Institut de Veille Sanitaire, dont les objectifs sont les suivants : décrire les caractéristiques socio-démographiques des personnes consultant après une exposition au VIH, analyser le type de prophylaxie prescrite, en estimer la toxicité et l'observance et en évaluer l'efficacité par le suivi sérologique des personnes exposées.

■ Description du dispositif d'évaluation

Après accord de la personne exposée, est incluse toute exposition (professionnelle ou non) datant de moins d'une semaine au moment de la prise en charge hospitalière et ayant eu lieu au contact d'une personne source (ou d'une source) de statut sérologique VIH positif ou inconnu

Cette évaluation repose sur 3 questionnaires, l'un pour la prise en charge initiale, le second pour la

consultation en fin de traitement et le dernier pour le suivi sérologique.

■ Résultats

De juillet 1999 à juin 2001, 6 914 expositions au contact d'une source de statut VIH positif ou inconnu ont été déclarées :

- 2 931 (42,4%) après exposition professionnelle chez le personnel de santé ;
- 2 964 (42,9%) après exposition sexuelle
- 30 (0,4%) après partage de matériel d'injection chez des usagers de drogues ;
- 989 (14,3%) après d'autres types d'exposition tels que piqûre par seringue abandonnée, contact sanguin lors d'une bagarre... ;

1. Profil des consultants

Les principales caractéristiques des consultants selon le type d'exposition ont été regroupées dans le tableau suivant :

	Personnel de santé	Sexuelle	Autre
Sexe ratio	0,4	1,5	2,6
Âge médian	35 ans [18 ;74]	29 ans [7 ;79]	32 ans [2 ;74]
Délai médian entre exposition et consultation	2h [0 ;170]	17h [0 ;203]	4h [0 ;193]
Importance de l'exposition			
Sévère	14%	52%	1%
Intermédiaire	34%	38%	10%
Minime	52%	10%	89%
Autres caractéristiques	- 42% d'infirmiers - 67% de piqûres - 18% de projections - 14% de coupures - 1% de morsures	- 22% de viols - 35% de rapports homosexuels et 65% de rapports hétérosexuels - 48% de non utilisation du préservatif lors de rapports avec un partenaire occasionnel	50% d'expositions professionnelles (policiers, femmes de ménage, éboueurs,...)
Statut sérologique de la source			
VIH+	25%	24%	12%
VIH inconnu	73%	75%	87%
VIH-	2%	1%	1%

2. Prescription d'une prophylaxie antirétrovirale

Une prophylaxie antirétrovirale a été prescrite (à priori pour une durée de 1 mois) dans 3 824 expositions, soit 55% des expositions déclarées. Le pourcentage de personnes exposées mises sous prophylaxie varie en fonction du type d'exposition : 31% après exposition professionnelle, 46% après une exposition autre, 82% après exposition sexuelle et 90% après partage de matériel d'injection.

Lorsque la source est de statut sérologique VIH inconnu et l'importance de l'exposition minimale, respectivement 10% des expositions chez le personnel de santé, 58% des expositions sexuelles et 42% des expositions autres sont mises sous prophylaxie.

Sur le premier semestre 2001, 69% des prophylaxies prescrites sont des trithérapies comportant un inhibiteur de protéase, 8% sont des trithérapies avec un inhibiteur non nucléosidique, 8% des trithérapies avec 3 inhibiteurs nucléosidiques, 7% des bithérapies et 6% des quadrithérapies.

3. Suivi clinique et sérologique

L'évaluation à 1 mois des prophylaxies prescrites est disponible pour 1 576 personnes, soit 41% des personnes mises sous prophylaxie.

La durée médiane de traitement est de 29 jours [1;120].

Globalement, des symptômes d'intolérance et des anomalies biologiques ont été observés, respectivement, dans 70% et 9% des prophylaxies. Ces effets secondaires ont motivé l'arrêt total et prématuré du traitement dans 9% des cas.

Les effets secondaires sont moins fréquents en cas de bithérapie (53% de symptômes d'intolérance) ou de trithérapie associant 3 inhibiteurs nucléosidiques (54%) et sont les plus fréquents lors d'une trithérapie comportant un inhibiteur de protéase (75%). Les symptômes d'intolérance les plus fréquents sont des signes digestifs (dans 59% des prophylaxies prescrites) et des signes généraux (dans 38%). Néanmoins, une éruption cutanée a été déclarée dans 73 cas (5%), une colique néphrétique dans 16 cas (1%). Les anomalies biologiques les plus fréquentes sont des perturbations du bilan hépatique (dans 5% des prophylaxies prescrites).

Le suivi sérologique VIH à 3 mois ou 6 mois est disponible pour 20% des personnes exposées. Deux séroconversions ont été rapportées suite à un rapport anal passif avec un partenaire de statut sérologique inconnu, mais la survenue tardive de ces séroconversions n'est pas en faveur d'échecs de la prophylaxie.

■ Conclusion

Concernant les profils des consultants, il ressort de cette évaluation que :

– Les expositions sexuelles se répartissent pour moitié en accidents de prévention et pour moitié en prises de risque. Les délais de prise en charge après exposition sexuelle sont trop longs pour prétendre à une efficacité maximale des antirétroviraux éventuellement prescrits, ce qui nécessiterait de renforcer l'information donnée aux couples sérodiscordants mais surtout de réaliser des campagnes d'information auprès des homosexuels et des hétérosexuels multipartenaires.

– Les expositions autres, qui sont pour moitié des expositions professionnelles, présentent majoritairement un risque minime de transmission du VIH. Cette information devrait être connue des milieux professionnels et du grand public.

– Les usagers de drogues par voie IV fréquentent peu le dispositif de prise en charge des expositions au VIH, une enquête complémentaire a montré que la raison principale en était une méconnaissance.

Concernant les pratiques de prescription, les recommandations incitent à prescrire largement lors d'expositions minimales au contact d'une source de statut sérologique inconnu, notamment lors d'expositions sexuelles ou d'expositions autres. Or les effets secondaires sont très fréquents et parfois sévères.

Même si le suivi clinique et sérologique recueilli dans le cadre de l'évaluation reste à améliorer, se pose néanmoins le problème des nombreux perdus de vue après prescription d'une prophylaxie ou de façon plus globale après une exposition au VIH.

L'activité de surveillance épidémiologique menée à l'Institut de Veille Sanitaire est basée notamment sur le principe de la réactivité, c'est à dire la capacité de mettre en évidence rapidement des phénomènes de santé qui nécessitent la définition ou la révision d'une politique de santé publique. Ce principe est ce qui sépare la surveillance épidémiologique de la recherche épidémiologique qui elle n'est pas dans le temps de l'action. Cependant, la mise en place de systèmes d'information ou leur développement, quel que soit leur caractère d'urgence, peuvent être retardés par des impératifs politiques ou par le temps nécessaire à leur acceptabilité par les professionnels ou le corps social, ainsi que par des difficultés techniques. C'est ainsi que certains projets qui auraient dû voir le jour en 2001 ou être presque terminés sont reportés en 2002.

Les projets nouveaux ou pérennes pour les mois et l'année à venir s'organisent autour de 3 axes :

- dynamique de l'épidémie
- évaluation des comportements de prévention
- évaluation de l'accès au dépistage et à la prise en charge

L'appréciation de la **dynamique de l'épidémie**, c'est à dire l'importance numérique et les caractéristiques des personnes qui se contaminent actuellement ou dans les années très récentes, repose sur la mise en place du système de déclaration obligatoire des diagnostics de séropositivité au VIH et sur l'estimation de l'incidence de l'infection dans des populations à haut risque d'infection.

Le *système de déclaration obligatoire de la séropositivité* ne verra pas le jour avant la fin du 1^{er} semestre 2002. Les délais pour la mise en place de ce système résultent du temps nécessaire à la signature du décret (signé le 16 mai 2001) et des difficultés techniques pour la mise en place du nouveau système d'anonymisation des données personnelles.

L'estimation directe de l'incidence de l'infection VIH dans des populations à haut risque d'infection (patients atteints de MST aiguës, usagers de drogue, tout nouveau diagnostic d'infection VIH) à partir d'un test de sensibilité atténuée devrait être possible en 2002, cette nouvelle méthode développée par F Barin (Tours) dans le cadre de l'AC 23 de l'ANRS étant sur le point d'être validée.

L'évaluation des comportements de prévention est réalisée de façon directe par des études auprès

des populations homosexuelles et usagers de drogues et de façon indirecte par la surveillance de certaines maladies sexuellement transmissibles aiguës (syphilis, gonococcie).

Chez les *usagers de drogue injecteurs*, une nouvelle étude (sous l'égide de l'ANRS), multicentrique multisite anonyme et volontaire, sur les fréquences et les déterminants des pratiques à risque vis à vis du VIH et de l'hépatite C (VHC) est actuellement dans sa phase de faisabilité à Marseille. Cette étude qui vise une certaine représentativité de la population enquêtée devrait aussi permettre le recueil d'un prélèvement biologique (salive ou sang) permettant d'estimer la prévalence du VIH (voire l'incidence) et du VHC.

Chez les *homosexuels masculins*, les enquêtes presse gay et baromètre gay seront renouvelées respectivement en 2003 et 2002. Ces deux études sont complémentaires. Baromètre gay sera étendu en 2002 à plusieurs régions de France.

La *surveillance des maladies sexuellement transmissibles aiguës* constitue un indicateur indirect mais rapide de changement de comportements sexuels. Un projet de surveillance dans les 20 plus grandes villes de France reposant sur les dispensaires anti-vénériens et les consultations hospitalières de dermato-vénérologie devrait être initié en 2002. Les pathologies surveillées seront la syphilis et la gonococcie avec un recueil de données comportementales associé aux données cliniques et biologiques.

La description des *caractéristiques des consultants dans le cadre du programme de traitement d'urgence* permet de suivre les défaillances de prévention ayant eu accès aux soins.

L'évaluation de l'accès au dépistage et à la prise en charge est réalisée à partir des données issues des CDAG ainsi que des données de déclaration obligatoire de cas de Sida.

Les données recueillies dans les CDAG sont les *bilans trimestriels d'activité* depuis 1987, qui donnent une évolution du taux de dépistages positifs par sexe et âge, ainsi qu'une *étude anonyme transversale répétée* (1999, 2000) sur les caractéristiques des consultants (démographiques, comportementales, perception du risque, profil de recours au dépistage). De façon à obtenir des données plus réactives sur la population fréquentant les CDAG, qui est plus à risque



que la population générale, un *réseau de CDAG sentinelles* recueillant des données sur tous les consultants sera expérimenté en 2002.

La *surveillance des cas de Sida* reste un élément essentiel pour mettre en évidence les caractéristiques démographiques des cas ayant un retard d'accès aux soins (dépistage et prise en charge thérapeutique) ainsi

que celles des échecs thérapeutiques. Néanmoins, ces données restent insuffisantes pour définir des actions de prévention permettant d'améliorer l'accès aux soins. Ainsi, en collaboration avec des sociologues et sous l'égide de l'ANRS, un protocole d'*étude auprès de personnes accédant tardivement aux soins* de façon à comprendre les raisons profondes qui ont motivé ces retards, est en cours d'élaboration.