



## ENQUÊTE

### L'INFECTION À V.I.H. CHEZ LES RÉSIDENTS DES CENTRES DE SOINS SPÉCIALISÉS POUR TOXICOMANES AVEC HÉBERGEMENT

C. SIX, F. HAMERS, R. ANCELLE-PARK, J.-B. BRUNET

(Centre européen pour la surveillance épidémiologique du Sida) et les correspondants des C.S.S.T.H.

#### INTRODUCTION

Les enquêtes auprès des centres spécialisés de soins pour toxicomanes avec hébergement (C.S.S.T.H.) sont réalisées depuis 1993 avec une périodicité semestrielle [1]. Cet article fournit les résultats du 1<sup>er</sup> semestre 1995 (I/95) comparés à ceux des 3 autres vagues d'enquête, le second semestre 1993 (II/93), le premier semestre 1994 (I/94) et le second semestre 1994 (II/94). Les objectifs de l'enquête sont les suivants :

1. Décrire les caractéristiques démographiques, de toxicomanie et d'infection par le V.I.H. des personnes résidant dans les C.S.S.T.H. afin d'évaluer et de mesurer la prise en charge de ces personnes ;
2. Estimer la proportion des résidents infectés par le V.I.H. dans les C.S.S.T.H. et son évolution.

#### POPULATION ET MÉTHODE

La population étudiée est constituée des résidents des C.S.S.T.H., quel qu'en soit le type : hébergement collectif, appartement thérapeutique et appartement-relais. Un questionnaire, destiné au recueil des données individuelles et anonymes, est envoyé semestriellement à chaque C.S.S.T.H. Plusieurs types d'hébergement peuvent dépendre d'un même centre et sont considérés dans cet article comme plusieurs C.S.S.T.H. Les variables recueillies comprennent des informations générales (sexe, âge et durée de séjour), des informations relatives à la toxicomanie (année de la première injection et durée de la toxicomanie), des informations sur le statut V.I.H. et des informations cliniques pour les sujets séropositifs. Ce questionnaire est rempli par le personnel du C.S.S.T.H., d'après les informations fournies par les résidents eux-mêmes.

#### RÉSULTATS

##### 1. Données générales et démographiques

Au niveau national, le taux de participation des C.S.S.T.H. ayant répondu à l'enquête augmente progressivement au cours des semestres (82 % au II/93, 85 % au I/94, 90 % au II/94 et 93 % au I/95). Le nombre de C.S.S.T.H. est également de plus en plus élevé au cours du temps en raison de l'ouverture de nouveaux centres (62 % au II/93, 68 % au I/94, 72 % au II/94 et 76 % au I/95).

La répartition des résidents par sexe au cours du semestre I/95 est la suivante : 946 hommes (70,8 %) et 390 femmes (29,2 %), soit 2,4 fois plus d'hommes que de femmes. L'âge médian est de 28 ans [extrêmes de 16 à 45 ans] chez les hommes et de 27 ans [extrêmes de 17 à 46 ans] chez les femmes. Près de 40 % des résidents ont entre 25 à 29 ans. Cette répartition par sexe et par âge est similaire à celle des semestres précédents.

Au cours du semestre I/95, un même lit a été consécutivement occupé en moyenne par 2 personnes, tout type d'hébergement confondu. La durée moyenne de séjour des résidents, pour lesquels les dates d'entrée et de sortie sont connues, est de 83 jours (vs 83, 84 et 80 jours les semestres II/93, I/94 et II/94 respectivement). Comme au cours des semestres précédents, près des deux tiers des résidents (64 % au I/95) restent moins de 3 mois dans un C.S.S.T.H. dont plus de la moitié (52 % au I/95) y séjournent moins d'un mois.

##### 2. Toxicomanie et infection par le V.I.H.

La comparaison entre les 4 semestres montre que la proportion de résidents déclarant connaître leur statut sérologique augmente au cours du temps (89 % au II/93, 92 % au I/94, 93 % au II/94 et 94 % au I/95) [ $\chi^2$  de tendance :  $p < 0,05$ ].

Tableau 1. - Séropositivité déclarée par sexe et par groupe d'âge chez les U.D. résidant dans les C.S.S.T.H.

	Résidents	II/93		I/94		II/94		I/95	
		N	% V.I.H.+	N	% V.I.H.+	N	% V.I.H.+	N	% V.I.H.+
Hommes	< 25 ans . . . . .	155	3,9	164	1,2	147	3,4	192	4,2
	25-34 ans . . . . .	482	23,7	539	20,2	536	17,5	595	16,5
	≥ 35 ans . . . . .	50	44,0	65	41,5	77	35,1	91	23,9
	<b>Total . . . . .</b>	<b>687</b>	<b>20,4</b>	<b>768</b>	<b>18,0</b>	<b>760</b>	<b>16,6</b>	<b>878</b>	<b>14,5</b>
Femmes	< 25 ans . . . . .	83	6,0	94	9,6	94	7,4	120	4,2
	25-34 ans . . . . .	167	31,1	194	22,7	177	25,4	229	22,5
	≥ 35 ans . . . . .	20	25,0	16	18,6	23	21,7	23	17,4
	<b>Total . . . . .</b>	<b>270</b>	<b>23,0</b>	<b>304</b>	<b>20,4</b>	<b>294</b>	<b>19,4</b>	<b>372</b>	<b>16,4</b>
Ensemble	< 25 ans . . . . .	238	4,6	258	4,3	241	5,0	312	4,2
	25-34 ans . . . . .	649	25,6	733	21,7	713	19,5	824	18,2
	≥ 35 ans . . . . .	70	35,7	81	37,0	100	32,0	114	21,9
	<b>Total . . . . .</b>	<b>957</b>	<b>21,1</b>	<b>1072</b>	<b>18,7</b>	<b>1054</b>	<b>17,4</b>	<b>1250</b>	<b>15,1</b>

La prévalence du V.I.H. déclaré (tabl. 1) baisse de façon constante et significative au cours des semestres (de 21,2 % au II/93 à 15,1 % au I/95) [ $\chi^2$  de tendance :  $p < 0,05$ ]. La prévalence est plus élevée chez les femmes que chez les hommes et cette différence est observée au cours de chaque semestre. L'âge médian des séropositifs, au semestre I/95, est de 30 ans [de 19 à 46 ans] alors que celui des séronégatifs est de 27 ans [de 16 à 43 ans], comme aux semestres précédents. La prévalence augmente avec l'âge : elle est la plus élevée chez les plus de 35 ans et la plus faible chez les moins de 25 ans. On observe une diminution de la prévalence au cours du temps chez les plus de 25 ans ( $p < 0,05$ ) et particulièrement chez les plus de 35 ans. La prévalence chez les moins de 25 ans ne diminue pas.

Au cours du semestre I/95, la Corse héberge dans ses centres 39 % de séropositifs, la Haute-Normandie 25 %, 9 régions dont l'Île-de-France entre 10 et 20 % et 6 autres dont la région P.A.C.A. moins de 10 %. Sur les 71 C.S.S.T.H., la prévalence déclarée est supérieure à 40 % dans 8 centres, de 20 à 40 % dans 15 centres, inférieure à 20 % dans 31 centres et nulle dans 17.

La prévalence du V.I.H. varie selon le type d'hébergement. Au semestre I/95, elle est de 33 % pour les résidents des appartements thérapeutiques, de 12 % pour ceux des hébergements collectifs et de 8 % pour ceux des appartements-relais. Ces différences de prévalence sont similaires à celles des semestres précédents. Cependant, comme les hébergements collectifs constituent la majorité des C.S.S.T.H., les deux tiers des séropositifs séjournent en fait dans ce type d'hébergement.

Environ 90 % des résidents ont utilisé des produits par voie injectable (92 % au II/93, 91 % au I/94 et au II/94 et 89 % au I/95). Pour chaque trimestre étudié, l'âge médian à la première injection est de 19 ans pour les hommes ainsi que pour les femmes et la première injection date de plus de 7 ans pour la moitié des hommes et de plus de 6 ans pour la moitié des femmes.

Au semestre I/95, la durée moyenne de la toxicomanie est de 10 ans pour les hommes et de 8 ans pour les femmes. Ces durées sont semblables à celles des semestres I/94 et II/94.

Parmi les utilisateurs de drogues injectables (U.D.I.) dont la date de première injection est connue et qui ont été admis dans les C.S.S.T.H. entre le 1<sup>er</sup> juillet 1993 et le 30 juin 1995 (4 semestres), plus la date de première injection est récente, plus la proportion de séropositivité déclarée est faible.

La majorité des premières injections a eu lieu entre 1983 et 1992. La proportion de V.I.H.\* se situe entre 30 et 41 % chez ceux qui ont utilisé de la drogue injectable pour la première fois entre 1978 et 1982, entre 9 et 20 % pour les années 1983 à 1989 (excepté pour 1986 où la proportion est de 6 %) et entre 2 et 4 % pour les années 1990 à 1994.

Au cours du semestre I/95, 31 % des résidents déclarent soit avoir été testés séronégatifs plus de 12 mois avant leur entrée dans les C.S.S.T.H. ou à une date inconnue, soit ne jamais avoir été testés, soit encore ignorer le résultat du test. Cette proportion diminue au cours des semestres (46 % au II/93, 37 % au I/94 et 34 % au II/94).

Au semestre I/95, 88 % (166/189) des résidents se déclarent séropositifs sont suivis médicalement lors de leur séjour dans les C.S.S.T.H. (au moins une consultation médicale par semestre spécifiquement liée à l'infection par le V.I.H.), 8 % (15/189) ne le sont pas et pour 4 % (8/189), l'information n'est pas disponible. Cette proportion de suivi reste identique d'un semestre à l'autre. La comparaison entre les semestres montre une baisse progressive de la proportion des résidents V.I.H.+ symptomatiques (47 % au II/93, 42 % au I/94, 43 % au II/94 et 39 % au I/95) [ $p < 0,05$ ]. Environ la moitié des résidents séropositifs suit un traitement (51 % au II/93, 48 % au I/94, 53 % au II/94 et 49 % au I/95).

### 3. Influence de l'infection à V.I.H. sur l'activité des équipes

Au semestre I/95, chez les résidents avec dates d'entrée et de sortie connues, la durée moyenne de séjour des séropositifs est de 3 mois et 20 jours alors que celle des séronégatifs est significativement plus courte, 2 mois et 23 jours. La durée moyenne de séjour des résidents V.I.H.+ symptomatiques est de 4 mois et 16 jours comparée à 2 mois et 17 jours chez les asymptomatiques. Ces durées de séjour plus longues pour les séropositifs symptomatiques s'observent à chaque semestre.

La charge de travail liée à la prise en charge des résidents infectés par le V.I.H. varie d'un centre à un autre selon la proportion de séropositifs hébergés et selon la proportion de résidents symptomatiques. Les séropositifs symptomatiques requièrent un suivi médical intense, qui se fait soit au centre même, soit par un médecin à proximité ou soit dans une consultation spécialisée en milieu hospitalier.

Au semestre I/95, 15 décès ont eu lieu dont 8 chez des séropositifs et 7 chez des séronégatifs. 6 décès sont directement liés à l'infection par le V.I.H. et 9 décès sont liés à d'autres causes : l'overdose dans 4 cas, le suicide dans 2 cas, la prise de médicaments associée à l'alcool dans 2 cas et un malaise cardiaque dû probablement à une overdose dans le dernier cas. Si l'on considère le risque de mortalité en fonction du statut V.I.H. et de la durée de séjour moyenne selon le statut V.I.H., on obtient un taux de mortalité annuel de 14,0 % chez les séropositifs (8/189 ou 3,32 % en 3 mois et 20 jours) et de 2,7 % chez les séronégatifs (7/1 147 ou 0,61 % en 2 mois et 23 jours). La mortalité est donc 5,2 fois supérieure chez les séropositifs que chez les séronégatifs hébergés dans les centres. Pour les semestres précédents, sur

les décès non liés au V.I.H. pour lesquels nous avons obtenu l'information, 6 sur 6 étaient dus à des overdoses au II/94 et 8 sur 9 au I/94 (information non disponible au II/93).

### DISCUSSION - CONCLUSION

L'enquête sur l'infection à V.I.H. chez les résidents des C.S.S.T.H. porte sur une population d'U.D. ayant suivi au moins une cure de désintoxication. Les données fournies par cette étude ne sont donc probablement pas généralisables à l'ensemble des U.D. De plus, les résultats de prévalence être basés sur la déclaration du statut sérologique par les résidents et non sur enquête sérologique.

La comparaison entre les semestres étudiés montre une baisse constante et significative de la prévalence de l'infection à V.I.H., de 21 % au second semestre 1993 à 15 % au premier semestre 1995. La diminution de la prévalence du V.I.H. dans les C.S.S.T.H. doit être interprétée avec prudence. En effet, cette diminution est principalement due à la diminution de la prévalence dans les groupes d'âges supérieurs à 25 ans, alors que chez les moins de 25 ans, la prévalence reste stable. La baisse de prévalence chez les « vieux » U.D. est probablement due en partie à la mortalité par Sida des personnes infectées depuis longtemps et aussi à des changements de fréquentations de structures sanitaires par les U.D. infectés par le V.I.H. puisqu'on constate une baisse progressive de la proportion des symptomatiques au cours des semestres. Il faut noter par ailleurs que les traitements de substitution ne sont pas pratiqués dans les C.S.S.T.H.

La proportion de résidents non testés depuis 12 mois diminue au cours des semestres mais reste néanmoins élevée. Il est important de proposer le test à ces résidents lors de leurs séjours dans les C.S.S.T.H.

Le nombre de décès dans les C.S.S.T.H. est élevé. Le taux de mortalité chez les séropositifs est estimé à 14 % par an et est essentiellement lié directement à l'infection à V.I.H. (75 % des cas). Ce taux est 5 fois supérieur à celui des séronégatifs estimé à 2,7 % par an et dû principalement à des overdoses.

Les résultats de cette enquête nous fournissent des informations démographiques, de toxicomanie et d'infection par le V.I.H. des personnes prises en charge par les C.S.S.T.H. qui sont indispensables pour évaluer et améliorer la prise en charge de ces personnes.

### BIBLIOGRAPHIE

- [1] C. SIX, R. ANCELLE-PARK, J. B. BRUNET et al. - L'infection à V.I.H. chez les résidents des centres de soins spécialisés pour toxicomanes avec hébergement (juillet-décembre 1993). - *B.E.H.* 1995, 5 : 17-18.

### REMERCIEMENTS

Nous remercions de leur participation active toutes les équipes des C.S.S.T.H. et J. Gerbier (Centre européen de surveillance épidémiologique du Sida).

## ESTIMATION DU RISQUE DE TRANSMISSION DES VIRUS DES HÉPATITES B ET C, ET DES RÉTROVIRUS PAR TRANSFUSION DE DÉRIVÉS SANGUINS LABILES

A.-M. COUROUCÉ\*, J. PILLONEL\*\*

et les groupes de travail rétrovirus et hépatites virales de la S.F.T.S. : Baudelot J., Botté C., Boudart D., Durand F., Elghouzi M.H., Escher J., Lemaire J.-M., Maisonneuve P., Maniez M., Mattlinger B., Menault M., Moncharmont P., North M.-L., Piquet Y., Smilovici W., Tirtaine C.

### INTRODUCTION

Le moyen le plus direct et le plus sûr pour estimer le risque de transmission d'agents infectieux par les produits sanguins est de suivre prospectivement des receveurs en évaluant le nombre de séroconversions. Avec un risque faible tel qu'il est devenu aujourd'hui, le nombre de receveurs nécessaires pour avoir une réponse précise est trop élevé pour que ces études soient réalisables. Une autre possibilité est d'étudier les dons de sang avec des tests qui mettent en évidence des séquences nucléotidiques des virus. De telles études qui nécessitent un très grand nombre de dons, sont également difficiles à réaliser, peu fiables et excessivement onéreuses.

D'autres moyens sont donc nécessaires pour évaluer le risque résiduel.

Ce risque peut être dû à différents facteurs : l'erreur de manipulation, un variant non reconnu par certains réactifs tel le V.I.H. 1 groupe O et un don infectieux séronégatif chez un porteur chronique ou chez un sujet très récemment infecté (fenêtre sérologique). Le risque dû à l'erreur est très faible; en effet, en prenant une hypothèse haute de 0,25 % d'erreur, la probabilité de faire une erreur sur un don V.I.H. positif serait de 1 pour 10 millions et sur un don V.H.C. positif de 1,3 par million. Les « variants » non reconnus par certaines trousses de dépistage sont extrêmement rares. Quant aux sujets séronégatifs porteurs chroniques de virus, ils n'ont été décrits avec les réactifs de dépistage actuels que chez des immunodéprimés mais jamais chez des donneurs de sang.

Le risque le plus élevé est dû aux donneurs qui se présentent très tôt après la contamination, avant l'apparition des marqueurs sérologiques qui sont recherchés sur chaque don. Cette étude a évalué le risque dû à cette « fenêtre sérologique », en utilisant le modèle proposé par le groupe REDS (Retrovi-

rus Epidemiology Donor Study) basé sur l'incidence des séroconversions. Ce risque a été évalué pour le virus de l'immunodéficience humaine (V.I.H.), pour le virus des leucémies/lymphomes T humains (H.T.L.V.), pour le virus de l'hépatite B (V.H.B.) et pour le virus de l'hépatite C (V.H.C.).

### MATÉRIEL ET MÉTHODE

Cette étude a été réalisée grâce aux données des établissements de transfusion sanguine (E.T.S.) appartenant aux groupes de travail Rétrovirus et Hépatites virales de la S.F.T.S., qui représentent environ le tiers de l'activité totale des E.T.S. français.

La méthode utilisée est basée sur le calcul des taux d'incidence de chacune des infections chez des donneurs ayant fait au moins 2 dons pendant la période d'étude et sur les estimations des durées respectives des fenêtres sérologiques.

La période d'étude s'étend du 01/01/92 au 31/12/94 (3 ans) pour le V.I.H., l'H.T.L.V. et le V.H.B., et du 01/01/93 au 31/12/94 (2 ans) pour le V.H.C. en raison de l'évolution des techniques de dépistage des anticorps anti-V.H.C.

Le nombre de cas incidents correspond au nombre de donneurs qui, pendant la période d'étude, avaient fait un don négatif suivi d'un don positif confirmé pour l'un des marqueurs, anti-V.I.H., anti-H.T.L.V., Ag HBs ou anti-V.H.C. Pour le V.H.B., l'anticorps anti-HBc aurait été un meilleur marqueur que l'Ag HBs pour repérer toutes les infections par ce virus. Mais le manque de spécificité des tests de dépistage de l'anticorps anti-HBc et l'absence de test de confirmation rendent ce marqueur inutilisable pour l'objectif à atteindre. Une correction a donc été faite pour tenir compte du caractère transitoire de l'Ag HBs. Un calcul fait à partir des données du groupe Hépatites virales, a estimé que la probabilité de détecter une infection V.H.B. chez un donneur par la recherche de l'Ag HBs sur le don postérieur à l'infection était de 40 %.

\* Institut national de transfusion sanguine - Paris.

\*\* Réseau national de Santé publique - Saint-Maurice.