

Programme

et communications de la journée d'information publique Sida, VIH et IST du 20 novembre 2002

Introduction – G. Brücker

- 1 – Evaluation** de l'action d'incitation au dépistage de la syphilis
à Paris – E. Couturier..... page 3
- 2 – Diminution** des gonococcies dans le réseau RENAGO – V. Goulet page 5
- 3 – Surveillance** de l'activité de dépistage du VIH dans les laboratoires
d'analyses médicales en France en 2001 – F. Cazein page 7
- 4 – Dernières** données disponibles sur la surveillance
du Sida – J. Pillonel page 10
- 5 – Trajectoires** et accès aux soins des personnes originaires
d'Afrique sub-saharienne prises en charge pour leur infection VIH
dans les hôpitaux d'Ile-de-France – F. Lot..... page 13
- 6 – Résultats** de la phase pilote de l'enquête Coquelicot auprès des usagers
de drogues à Marseille – J. Emmanuelli page 15
- 7 – L'épidémie** d'infection à VIH en Europe : une importante disparité
d'Ouest en Est – C. Semaille..... page 17
- Perspectives** pour 2003 : un nouveau dynamisme
pour la surveillance de l'infection VIH et des infections sexuellement
transmises – J.C. Desenclos page 20

E v a l u a t i o n

**E. Couturier¹, A. Michel¹,
A.-L. Basse-Guérineau²,
J. Warszawski³, A. Laporte¹.**

¹InVS ; ²Service
de Bactériologie,
Cochin ;
³INSERM U 569.

de l'action d'incitation au dépistage de la syphilis à Paris

■ Introduction

La recrudescence de la syphilis à Paris a amené l'Institut de veille sanitaire à mettre en place un réseau de surveillance à partir de la fin 2000. La syphilis touche principalement des hommes homosexuels infectés par le VIH. Devant l'augmentation rapide du nombre de cas, une campagne d'incitation au dépistage de la syphilis a été lancée à Paris, de mai à septembre 2002, par la DGS, la DASES et la DASS-75. Cette campagne cible les professionnels de santé, les acteurs de prévention associatifs et le public homosexuel. Elle consiste en une information sur la syphilis, une incitation au dépistage et une offre ponctuelle (15 mai au 30 septembre 2002) de dépistage anonyme et gratuit de la syphilis dans toutes les CDAG parisiennes. L'objectif est d'évaluer l'impact de la campagne de dépistage de la syphilis sur l'activité de dépistage dans les CDAG, et en ville dans les laboratoires d'analyses de biologie médicale (LABM) ainsi que sur le nombre de syphilis dépistées dans le réseau de surveillance et sur la quantité de prescription d'Extencilline[®].

■ Méthodes

Quatre sources de données ont été analysées :

- De mai à septembre 2002, dans les 11 CDAG parisiennes ont été recueillis pour chaque consultant : âge, sexe, motifs de consultation, facteurs de risque de syphilis (rapport homosexuel, rapport hétérosexuel si 3 partenaires ou plus dans les 12 derniers mois, signes cliniques évocateurs d'une MST, antécédents de syphilis, partenaire avec syphilis, doute sur le partenaire). Les sérologies TPHA/VDRL étaient proposées en présence d'au moins un des facteurs de risque listés ci-dessus. Quatre groupes de consultants ont été définis : homo/bisexuels, hétérosexuels multipartenaires, consultants avec d'autre(s) facteur(s) de risque et sans facteur de risque.
- De janvier 2001 à décembre 2002, 57 LABM volontaires publics et privés de Paris (sur 200) ont fourni chaque mois le nombre de TPHA/VDRL

effectués et le nombre de diagnostics positifs selon l'âge, le sexe et le département de domicile.

- Depuis janvier 2000, tous les cas de syphilis diagnostiqués dans un réseau de surveillance parisien (DAV, consultations hospitalières, réseau de médecins de ville) et correspondant à une définition de cas standardisée ont été collectés (âge, sexe, orientation sexuelle, clinique, sérologie VIH).
- Depuis janvier 2001, la consommation mensuelle d'Extencilline[®] par les officines privées de Paris a été obtenue auprès d'un organisme spécialisé dans la distribution de médicaments.

■ Résultats

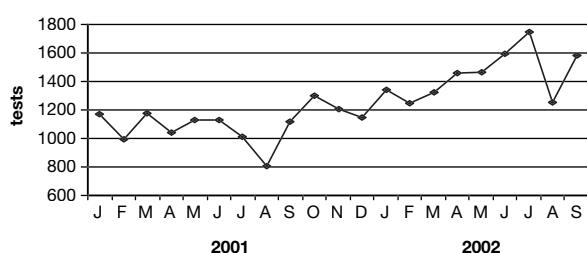
Dans les 11 CDAG, de mai à septembre 2002, 23 756 questionnaires ont été collectés, environ 70 % des consultants ont eu un test syphilis. Parmi les questionnaires reçus, 6 841 ont été tirés au sort pour être analysés. Au cours des 4 mois d'enquête, le nombre de consultants a augmenté surtout en juin et juillet. Parmi les consultants, le sexe ratio H/F était de 2, l'âge moyen de 30,4 ans, 19,3 % étaient homo/bisexuels, 26,8 % hétérosexuels multipartenaires, 14,4 % avaient au moins un des autres facteurs de risque, 31,5 % aucun facteur de risque et 8 % un facteur de risque inconnu.

Les proportions de consultants homosexuels étaient respectivement par mois d'enquête de 18,9 %, 22,6 %, 19,5 %, 19,2 % et 16,2 %. La syphilis, motif de consultation seul ou associé à une demande de dépistage VIH, représentait 36,8 % des consultations (stable au cours du temps).

Au total, 155 consultants avaient une syphilis évolutive probable, respectivement par mois d'enquête de 17, 41, 38, 33 et 26. La prévalence globale de la syphilis était de 1 % [IC à 95 % 0,9-1,2]. Parmi les homo/bisexuels, elle était de 2,4 % [2,0-2,8] et de 0,3 % [0,2-0,4] chez les hétérosexuels multipartenaires. La prévalence VIH parmi les consultants syphilis(-) était de 0,9 % [0,7-1,2] et de 11 % [5,1-16,9] parmi les syphilis(+).

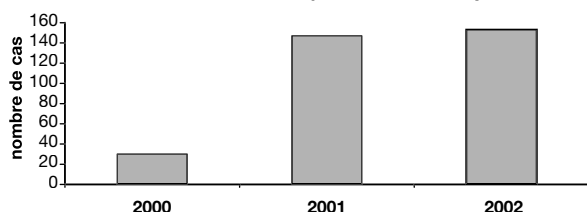
Dans les LABM volontaires, le nombre de TPHA/VDRL a augmenté régulièrement de février à juillet 2002 comparé à la même période en 2001 (Figure 1). Le sexe ratio des personnes dépistées syphilis(+) est de 9 hommes pour une femme.

Figure 1 : Nombre de tests TPHA/VDRL par mois, 20 laboratoires d'analyses de biologie médicale, Paris, janvier 2001-septembre 2002



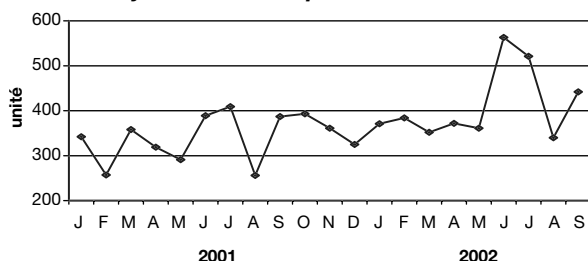
Dans le réseau de surveillance à Paris, le nombre de cas de syphilis infectieuse diagnostiqués a augmenté rapidement et 153 cas ont déjà été déclarés en 2002 (données provisoires au 31/10/2002) (Figure 2).

Figure 2 : Nombre de cas de syphilis par an, Paris, 2000-2002 (au 31/10/2002)



La vente d'Extencilline^R dans les officines privées de Paris est restée relativement stable de janvier 2001 à mai 2002 et a augmenté brutalement entre mai et juin 2002 (Figure 3).

Figure 3 : Vente d'unités d'Extencilline^R 2.4 MUI dans les officines privées, Paris, janvier 2001-septembre 2002



■ Discussion

La résurgence de la syphilis et sa recrudescence à Paris ont nécessité une information du corps médical pour rappeler les signes et symptômes et proposer un dépistage aux personnes à risque. Information et incitation au dépistage de la syphilis ont été les grands axes de la campagne en faveur de la population cible, les homosexuels masculins. Au cours des quatre mois d'enquête dans les CDAG, une recrudescence du nombre de consultants et une augmentation de la proportion d'homosexuels a été notée (globalement 19 % comparé à 17 %, étude transversale CDAG Paris 2000). La prévalence de la syphilis est 8 fois plus élevée parmi les homosexuels (2,4 %) que parmi les hétérosexuels multipartenaires (0,3 %) consultant dans les CDAG. L'impact de l'information et de l'incitation au dépistage de la syphilis auprès des professionnels de santé est vérifié par l'augmentation du nombre de tests pour la syphilis dans les LABM et par la consommation croissante d'Extencilline^R, médicament utilisé quasi exclusivement pour traiter la syphilis.

Diminution

V. Goulet¹, E. Laurent¹, P. Sednaoui².

¹InVS ;

²Institut Alfred Fournier.

des gonococcies dans le réseau RENAGO

RENAGO (Réseau national des gonocoques) est un réseau national de laboratoires d'analyses de biologie médicale (LABM) mis en place en 1985 pour la surveillance épidémiologique de la gonococcie en France. L'objectif de RENAGO est d'estimer les tendances évolutives des gonococcies en France, de décrire certaines caractéristiques épidémiologiques des patients ayant un diagnostic microbiologique de gonococcie et d'étudier la sensibilité aux antibiotiques des souches de *Neisseria gonorrhoeae* (Ng) provenant de différentes régions de France métropolitaine. Après une diminution très importante du nombre de gonococcies entre 1986 et 1997, une augmentation du nombre de cas a été observée de 1998 à 2000 [1]. Cette recrudescence avait été observée également dans les consultations des dispensaires antivenériens (DAV) qui assurent une prise en charge gratuite des infections sexuellement transmises (IST). L'objectif de cet article est de présenter les données et les tendances observées en 2001 par le réseau RENAGO.

■ Méthodes

RENAGO est un réseau de surveillance de la gonococcie reposant sur les biologistes privés et hospitaliers qui envoient chaque mois à l'InVS une fiche d'enquête où figurent le nombre de prélèvements génitaux et pour chaque cas détecté des informations épidémiologiques. Les biologistes envoient les souches de Ng au Centre national de référence (CNR) des gonocoques (Institut Alfred Fournier) qui effectue une étude complète de chaque souche. En 2001, 207 laboratoires ont participé à RENAGO (169 LABM privés et 38 hospitaliers)

■ Résultats

Caractéristiques des patients

Les laboratoires de RENAGO ont identifié en 2001, 327 souches de Ng dont 35 chez les femmes et 292 chez les hommes, isolées chez des patients symptomatiques : 98 % des hommes et 95 % des

femmes. L'âge médian est de 31 ans chez les hommes et 29 ans chez les femmes. La majorité des cas surviennent chez des patients de plus de 30 ans. La notion de lieu de contamination a été précisée pour 34 % des patients : 96 % d'entre eux se sont contaminés en France métropolitaine. Chez les hommes, 29 (10 %) souches ont été isolées de prélèvements ano-rectaux et une souche d'un prélèvement pharyngé.

Evolution

Après une première période de décroissance très importante de 1986 à 1990, la tendance à la diminution du nombre de souches de Ng identifiées par laboratoire avait persisté jusqu'en 1997 chez les femmes comme chez les hommes (fig 1, 2). Entre 1997 et 2000, une recrudescence brutale des gonococcies a été observée en particulier en Ile-de-France (fig 3). Dans les autres régions l'augmentation a été plus progressive. En 2001, on observe une diminution du nombre de gonococcies chez les hommes en Ile-de-France et dans les autres régions. En Ile-de-France, le pourcentage de souches ano-rectales qui avait fortement augmenté depuis 1995 est toujours élevé (19 % en 2001).

■ Conclusion

L'augmentation de gonococcies observée depuis 1998 en France a été rapportée également en Amérique du Nord et en Europe. En France, elle est survenue dans un contexte de recrudescence des urétrites observée par le réseau de médecins généralistes « Sentinelles » [2] et de résurgence de la syphilis, en particulier dans la population homosexuelle de Paris [3]. Plusieurs enquêtes récentes en France ont montré une augmentation de prise de risque dans la population homosexuelle [4, 5]. La persistance d'une proportion élevée dans RENAGO de souches isolées chez l'homme au niveau de l'anus ou du rectum indique également que la population homosexuelle semble particulièrement concernée. L'inversion de tendance observée par RENAGO en

2001 est concomitante à celle des uréthrites masculines du réseau Sentinelles. Il est difficile d'interpréter cette tendance, les résultats d'études réalisées en 2001 sur

les pratiques sexuelles n'étant pas encore disponibles. Les prochains résultats de RENAGO sur l'année 2002 permettront de confirmer ou non cette tendance.

Figure 1 : Evolution du nombre moyen de souches de *N. gonorrhoeae* identifiées par an par laboratoire RENAGO : 1986-2001 (échelle semi-logarithmique).

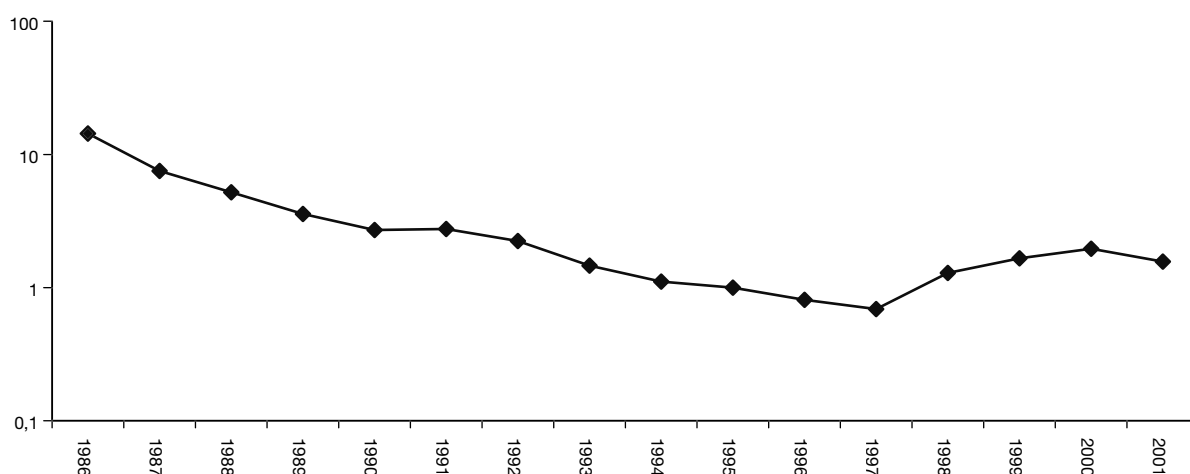


Figure 2 : Evolution du nombre moyen de souches de *N. gonorrhoeae* identifiées par an par laboratoire selon le sexe du patient RENAGO : 1993-2001

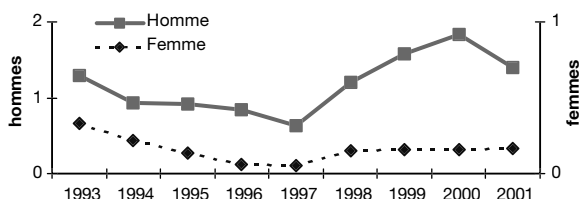
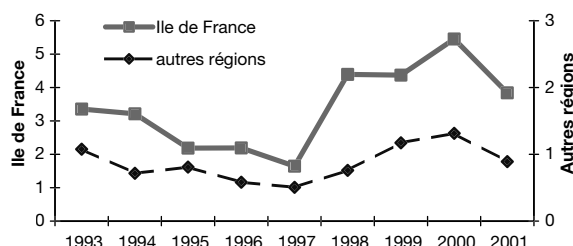


Figure 3 : Evolution du nombre moyen de souches de *N. gonorrhoeae* identifiées par an par laboratoire en Ile-de-France et dans les autres régions RENAGO : 1993-2001



[1] GOULET V, LAURENT E, SEDNAOUI P, Les gonococcies en France en 2000 : données du réseau RENAGO, Surveillance nationale des maladies infectieuses, 1998-2000. Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France. Novembre 2002.

[2] MASSARI V, RETEL O, FLAHAULT, A recent increase in the incidence of male urethritis in France. Sexually transmitted diseases; 2002, 5, 29 (6) : 319-323.

[3] COUTURIER E, DUPIN N, JANIER M et al. Résurgence de

la syphilis en France, 2000-2001. BEH 2001,35-36 : 168-169.

[4] SPENATTO N, VIRABEN R, Substantial increase in gonorrhoea among homosexual men attending an STD centre in Toulouse, France, Sex Transm Infect 2001 Oct ;77 (5) : 391-2.

[5] ADAM P, HAUET E, CARON C, Recrudescence des prises de risque et des MST parmi les gays – Résultats préliminaires de l'enquête presse gay 2000. Rapport InVS mai 2001.

Surveillance

F. Cazein,
B. Basselier,
D. David,
A. Laporte.

InVS.

de l'activité de dépistage du VIH dans les laboratoires d'analyses médicales en France en 2001

Un recueil d'information a été mis en place en 2001, par l'Institut de veille sanitaire, auprès de l'ensemble des laboratoires d'analyses médicales, afin d'évaluer à l'échelle nationale le nombre de sérologies VIH réalisées, en dehors des tests effectués chez les donneurs de sang, le nombre de sérologies confirmées positives et leur évolution au cours du temps.

■ Méthode

Les informations sont recueillies par l'InVS de façon semestrielle, soit directement auprès des biologistes dans 19 régions (environ 3 800 laboratoires), soit par l'intermédiaire des Observatoires régionaux de la santé (ORS) dans les 4 autres régions : Alsace, Auvergne, Bretagne, Poitou-Charentes (environ 450 laboratoires). Les données anonymes recueillies sont le nombre de personnes testées pour le VIH, le nombre de personnes confirmées positives, et pour chaque personne confirmée positive, le sexe, l'âge et le département de domicile. Il est demandé aux biologistes d'inclure toutes les sérologies des personnes prélevées dans leur laboratoire ou leur établissement, même si le test est réalisé dans un autre laboratoire. Inversement, ils ne doivent pas dénombrer les sérologies effectuées sur les sérums qui leur sont transmis par d'autres laboratoires, afin d'éviter de compter plusieurs fois ces sérologies.

■ Résultats

Participation

Au 5 septembre 2002, 75 % des laboratoires ont transmis les informations demandées pour le 1^{er} semestre 2001 et 73 % pour le second semestre. Certains d'entre eux ont participé uniquement au premier semestre, d'autres uniquement au second. Globalement, la participation annuelle est de 81 % (laboratoires ayant transmis au moins un questionnaire durant l'année). La participation est plus élevée pour les laboratoires hospitaliers que pour les laboratoires de ville. Elle varie aussi selon la région : les participations annuelles les plus faibles s'observent en Corse (53 %), Languedoc-Roussillon (70 %), Départements d'Outre-Mer (70 %) et Provence-Alpes-Côte-d'Azur (75 %).

Nombre de sérologies VIH réalisées et nombre de sérologies positives en 2001

Les laboratoires ayant déjà répondu font état de 3 820 452 sérologies réalisées en 2001, et de 9 648 sérologies confirmées positives. En extrapolant ces résultats à l'ensemble des laboratoires, on estime à environ 4,3 millions le nombre de sérologies VIH effectuées en France en 2001 (dont 72 % dans des laboratoires de ville et 26 % dans des laboratoires hospitaliers) et à environ 10 000 le nombre de sérologies confirmées positives (34 % en ville, 62 % à l'hôpital).

Sept laboratoires sur 10 ont réalisé moins de 1 000 sérologies VIH en 2001 (tableau 1) :

Tableau 1 : Répartition des laboratoires en fonction du nombre de sérologies VIH réalisées

	Nombre de sérologies réalisées en 2001			
	1-499	500-999	1000-4999	>= 5000
Laboratoires de ville	40 %	35 %	24 %	1 %
Laboratoires hospitaliers	20 %	19 %	46 %	14 %
Total des laboratoires	38 %	33 %	26 %	3 %

Trois laboratoires sur 10 ont détecté entre 1 et 5 sérologies VIH positive en 2001 et six sur 10 n'en ont détectées aucune (tableau 2). Près de 3 laboratoires

hospitaliers sur 10 ont détecté plus de 10 sérologies positives dans l'année :

Tableau 2 : Répartition des laboratoires en fonction du nombre de sérologies positives

	Nombre de sérologies confirmées positives en 2001			
	Aucune	1-5	6-10	>= 11
Laboratoires de ville	65 %	31 %	2 %	1 %
Laboratoires hospitaliers	31 %	30 %	12 %	27 %
Total des laboratoires	61 %	31 %	4 %	4 %

Caractéristiques des personnes confirmées positives

Le sexe est connu pour 99 % des personnes confirmées positives, l'âge pour 98 % et le département de domicile pour 74 % d'entre elles. La proportion de femmes est de 40 % pour la France, de 43 % en Ile-de-France et de 47 % dans les Départements d'Outre Mer. L'âge médian est globalement de 36 ans, il est plus élevé chez les hommes (38 ans) que chez les femmes (32 ans). Le département de domicile est différent du département du laboratoire qui a effectué le diagnostic d'infection VIH pour 19 % des personnes confirmées positives. Le laboratoire et le domicile sont situés dans deux régions différentes dans 4 % des cas.

■ Discussion

Les résultats obtenus en 2001 peuvent être comparés à ceux d'anciennes enquêtes, comme le réseau RENAUI (1989-1997) [1et 2] et le RESORS-VIH [3] tout en gardant à l'esprit que les trois méthodes sont différentes.

L'estimation du nombre de sérologies réalisées en 2001 suggère une augmentation de l'activité de dépistage par rapport à 1997 par comparaison avec les résultats de RENAUI (4,2 millions de tests en métropole versus 3,6 millions en 1997), mais une quasi-stabilité par comparaison avec le RESORS VIH (1,67 millions de tests dans onze régions versus 1,61 millions en 1997).

Cette deuxième comparaison semble plus pertinente que la première dans la mesure où la méthode utilisée en 2001 se rapproche plus de celle du volet laboratoire de l'enquête que menait le RESORS (ensemble des biologistes contactés, taux de participation comparable) que du réseau RENAUI. Par ailleurs, les enquêtes KABP, enquêtes en population portant sur les connaissances et comportements face au VIH en France [4] ont montré une stabilité entre 1998 et 2001 de la proportion de personnes ayant déclaré avoir effectué au moins un test de dépistage du VIH au cours de l'année.

Les 10 000 sérologies positives en 2001 ne correspondent pas à autant de découvertes de séropositivité. La proportion de sérologies multiples a en effet été estimée à environ 20 % dans les laboratoires de ville, et de 60 à 80 % dans les laboratoires hospitaliers. Ces proportions sont susceptibles d'avoir varié dans le temps. En appliquant ces proportions aux résultats de 2001, on estime que 4 500 à 5 000 personnes ont découvert leur séropositivité pour la première fois en 2001. Le nombre de découvertes de séropositivités est proche de l'estimation du nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité en 1997, par comparaison avec RENAUI comme avec le RESORS. Ces découvertes de séropositivité ne correspondent pas pour autant au nombre de personnes contaminées dans l'année, puisque le délai entre contamination et diagnostic bien qu'inconnu peut atteindre plusieurs années.

La comparaison avec RENAUI et RESORS montre une importante augmentation de la



proportion de femmes parmi les personnes confirmées positives (40 % contre 30 % en 1997), et un âge médian qui n'augmente plus pour les femmes par rapport à 1997 (32 ans) alors qu'il a continué à augmenter pour les hommes (38 ans contre 35 ans en 1997). La stabilité de l'âge médian des femmes indique que de nouvelles contaminations se produisent parmi les femmes les plus jeunes.

Les résultats 2001 de cette enquête constituent un dénominateur qui sera indispensable pour interpréter les résultats de la notification obligatoire des diagnostics d'infection à VIH, qui va être mise en place en début 2003.

[1] Réseau National de Santé Publique. RENAVI : Réseau National du VIH. Rapport 1989-1994. RNSP, Saint-Maurice, France, octobre 1996.

[2] Activité de dépistage de l'infection à VIH en France en 1997 Réseau RENAVI. Bulletin Epidémiologique Annuel. Situation en 1997. Réseau National de Santé Publique, Saint-Maurice, France, avril 1999 : 31-4.

[3] Infections à VIH – RESORS-VIH. Bulletin épidémiologique annuel. Situation en 1997. Réseau National de Santé Publique, Saint-Maurice, France, avril 1999 : 27-9.

[4] Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/Sida en France. Evolutions 1992-1994-1998-2001 ; Grémy I. et al. ORS Ile-de-France, décembre 2001.

D e r n i è r e s

J. Pillonel, R. Pinget,
D. David, F. Cazein,
F. Lot, A. Laporte.

InVS.

données disponibles sur la surveillance du Sida

Les données issues de la déclaration obligatoire des cas de sida, depuis la disponibilité des associations puissantes d'antirétroviraux mi-1996, ne renseignent plus sur la dynamique de diffusion de l'infection à VIH. Elles contribuent à l'évaluation de l'impact de l'accès au dépistage et aux soins des personnes séropositives, et permettent de caractériser des groupes de population auprès desquels des actions de prévention secondaire doivent être menées prioritairement.

■ Méthode

Les données analysées correspondent à l'ensemble des déclarations obligatoires de sida parvenues à l'InVS au 30 septembre 2002, pour des cas diagnostiqués jusqu'au 30 juin 2002 (N= 55 946). Sur les 4 derniers semestres, les données sont redressées pour tenir compte des délais de déclaration (N redressé= 56 239). 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.

■ Résultats

Au 30 septembre 2002, le nombre estimé de personnes vivantes ayant développé le sida est compris entre 24 300 et 26 700, et le nombre total de décès depuis le début de l'épidémie entre 37 500 et 40 850. Après une augmentation de l'incidence annuelle du sida jusqu'en 1994 (5 764 nouveaux cas), une diminution s'est amorcée en 1995 et s'est fortement accentuée en 1996 (4 009 cas). Le nombre de nouveaux cas a diminué de 43 % entre 1996 et 1997 et le nombre de décès de 62 %. A partir de 1998, on observe une stabilisation globale des cas (Figure 1a). Au premier semestre 2002, le nombre de nouveaux diagnostics de sida est d'environ 840 et le nombre de décès par sida de 350.

La stabilisation observée du nombre total de nouveaux cas masque cependant des évolutions

différentes selon le mode de contamination (fig. 1). En effet, chez les homosexuels et les usagers de drogues, le nombre de cas a continué à diminuer d'environ 30 % entre 1998 et 2001. On observe néanmoins une stabilisation sur les 3 derniers semestres chez les homosexuels. En revanche, chez les hétérosexuels, le nombre de nouveaux cas ne diminue plus : on note une augmentation de presque 10 % entre 1998 et 2001. Ainsi au 1^{er} semestre 2002, la moitié des cas de sida sont liés à une contamination hétérosexuelle.

La répartition des cas par groupe de transmission en fonction de la connaissance ou non de la séropositivité avant le sida (fig. 1), donne des éléments d'explication. C'est parmi les cas de sida liés à une contamination hétérosexuelle que l'on observe la plus forte proportion de personnes qui n'ont pas eu accès au dépistage du VIH : 64 % au 1^{er} semestre 2002. Comparativement, cette proportion est de 45 % pour les cas liés à une contamination homosexuelle et de 17 % pour les cas liés à une contamination par usage de drogues injectables. Par ailleurs, l'absence de traitement antirétroviral préalable au diagnostic de sida, malgré la connaissance de la séropositivité, concerne aussi une part plus importante des cas pour les hétérosexuels (63 % au 1^{er} semestre 2002), que pour les autres modes de contamination (52 %).

L'analyse par nationalité montre une augmentation de la proportion de cas ayant une nationalité d'un pays d'Afrique sub-saharienne. Cette proportion était stable autour de 5 % jusqu'en 1995, a atteint 12 % en 1998 et 22 % au 1^{er} semestre 2002. Ils représentent 41 % des cas liés à une contamination hétérosexuelle au 1^{er} semestre 2002. L'augmentation de la proportion des personnes de nationalité d'Afrique sub-saharienne est plus marquée chez les femmes (de 20 % en 1998 à 42 % au 1^{er} semestre 2002) que chez les hommes (de 9 % à 16 %) (fig. 2).

La méconnaissance du statut sérologique avant le sida est plus fréquente chez les personnes de nationalité d'un pays d'Afrique sub-saharienne (68 % sur la période 1999-2002) que chez les personnes de nationalité française (42 %). Il en résulte une absence de prise en charge de l'infection VIH avant le stade de sida plus fréquente chez les personnes de nationalité

Figure 1 : Nouveaux cas de sida par semestre de diagnostic jusqu'au 30 juin 2002 selon la connaissance de la séropositivité et la prescription d'un traitement antirétroviral avant le sida
(France, données au 30 septembre 2002, redressées pour les délais de notification)

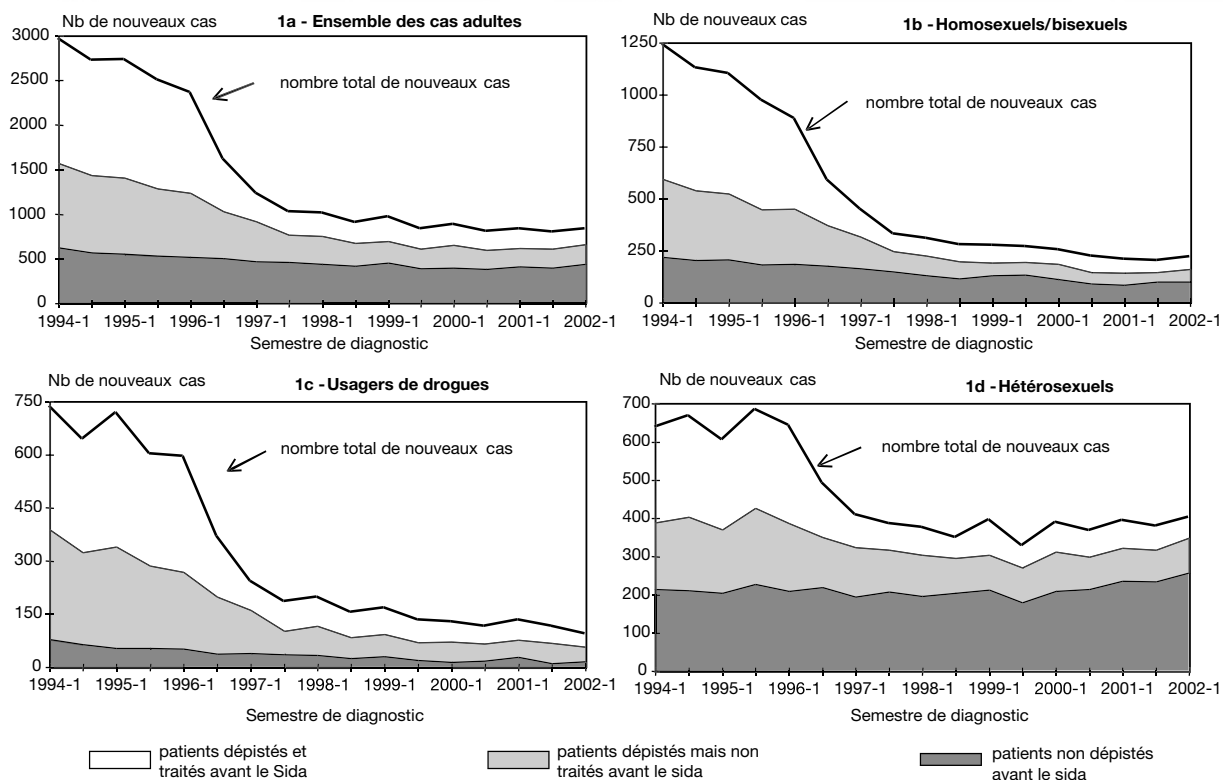
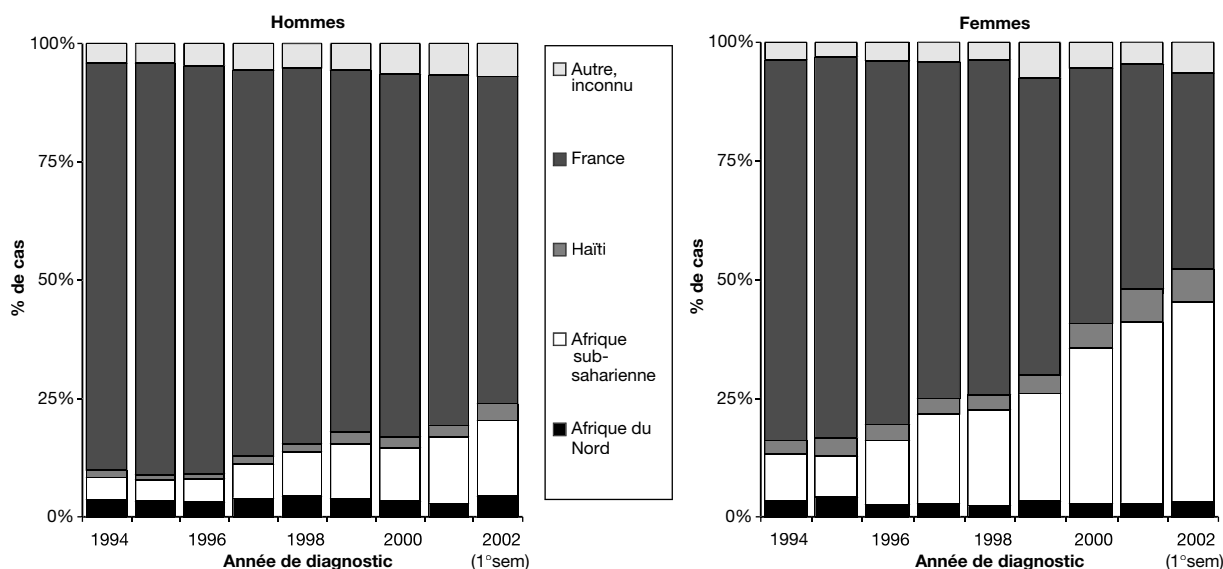
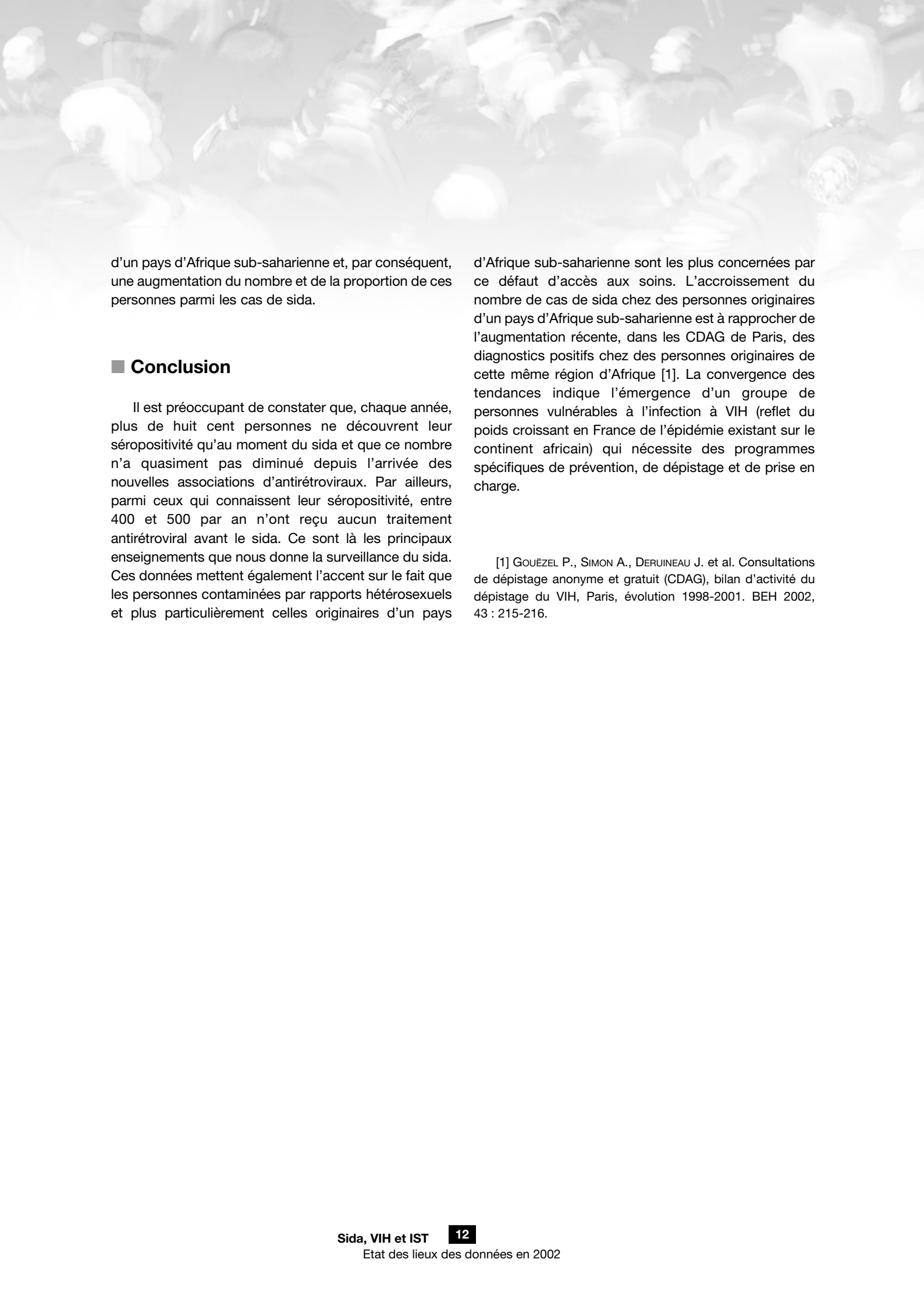


Figure 2 : Répartition des cas de sida par année de diagnostic et par nationalités regroupées en zones géographiques (France, données au 30 septembre 2002)





d'un pays d'Afrique sub-saharienne et, par conséquent, une augmentation du nombre et de la proportion de ces personnes parmi les cas de sida.

■ Conclusion

Il est préoccupant de constater que, chaque année, plus de huit cent personnes ne découvrent leur séropositivité qu'au moment du sida et que ce nombre n'a quasiment pas diminué depuis l'arrivée des nouvelles associations d'antirétroviraux. Par ailleurs, parmi ceux qui connaissent leur séropositivité, entre 400 et 500 par an n'ont reçu aucun traitement antirétroviral avant le sida. Ce sont là les principaux enseignements que nous donne la surveillance du sida. Ces données mettent également l'accent sur le fait que les personnes contaminées par rapports hétérosexuels et plus particulièrement celles originaires d'un pays

d'Afrique sub-saharienne sont les plus concernées par ce défaut d'accès aux soins. L'accroissement du nombre de cas de sida chez des personnes originaires d'un pays d'Afrique sub-saharienne est à rapprocher de l'augmentation récente, dans les CDAG de Paris, des diagnostics positifs chez des personnes originaires de cette même région d'Afrique [1]. La convergence des tendances indique l'émergence d'un groupe de personnes vulnérables à l'infection à VIH (reflet du poids croissant en France de l'épidémie existant sur le continent africain) qui nécessite des programmes spécifiques de prévention, de dépistage et de prise en charge.

[1] GOUËZEL P., SIMON A., DERUINEAU J. et al. Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), bilan d'activité du dépistage du VIH, Paris, évolution 1998-2001. BEH 2002, 43 : 215-216.

Trajectoires

N. Valin, T. Blanchon,
F. Lot, C. Larsen,
P. Gouëzel,
A. Laporte.

InVS.

et accès aux soins des personnes originaires d'Afrique sub-saharienne prises en charge pour leur infection VIH dans les hôpitaux d'Ile-de-France, 2002

■ Introduction

Grâce aux nouvelles stratégies thérapeutiques, l'incidence du Sida en France a diminué depuis fin 1996. Cette évolution globale masque des différences selon les groupes de population et notamment selon la nationalité. Chez les personnes de nationalité étrangère, la diminution a été moindre et le nombre de nouveaux cas de Sida a même augmenté à partir de 1999. Les personnes d'Afrique sub-saharienne représentent la majorité d'entre elles et sont domiciliées principalement en Ile-de-France.

Une étude anonyme a été réalisée entre janvier et juin 2002 auprès des personnes d'Afrique sub-saharienne infectées par le VIH, dans plusieurs hôpitaux d'Ile-de-France, pour comprendre les raisons de cette augmentation récente et pour décrire les parcours médico-sociaux des patients. Le but de l'étude est de mieux adapter les actions de prévention, de dépistage et de prise en charge.

■ Méthodes

Sur la base du nombre de cas de Sida notifiés sur les dernières années chez des patients de nationalité d'un pays d'Afrique sub-saharienne, 21 services de 18 hôpitaux d'Ile-de-France ont été sollicités pour participer à l'étude et 16 services ont accepté d'y participer.

L'étude était proposée à toutes les personnes originaires d'Afrique sub-saharienne (quelle que soit leur nationalité), âgées de 18 ans ou plus, atteintes par le VIH (quel que soit le stade clinique de l'infection), présentes en consultation ou en hospitalisation les jours de l'étude. Les patients ont été inclus après accord verbal. Les données étaient recueillies grâce à un questionnaire anonyme composé de deux parties. L'une comportant des renseignements médicaux était

complétée par le médecin hospitalier en charge du patient. L'autre partie du questionnaire, remplie par un médecin de l'InVS au cours d'un entretien avec le patient, incluait des caractéristiques socio-économiques, les circonstances d'arrivée en France et des données sur l'infection à VIH.

Des analyses univariées, multivariées (régression logistique, BMDP) et des correspondances multiples (SPAD) ont été réalisées.

■ Résultats

L'étude a permis d'inclure 250 personnes séropositives pour le VIH, originaires d'Afrique sub-saharienne, représentant 87 % des patients répondant aux critères d'inclusion présents les jours de l'étude.

Le sex-ratio des personnes interrogées était de 0,57 hommes pour une femme, leur moyenne d'âge de 36 ans. Les principaux pays de naissance étaient la Côte d'Ivoire (22 %), la République Démocratique du Congo (16 %), le Cameroun (11 %), le Congo (10 %), le Mali (10 %) et le Sénégal (7 %).

Les dates d'arrivée en France étaient comprises entre 1957 et 2002. La répartition des personnes interrogées par date d'arrivée montre que 19 % des personnes interrogées sont arrivées en France avant 1988, 47 % entre 1988 et 1998, et 34 % depuis 1999.

Le rapprochement familial, la poursuite d'études ou la recherche d'un emploi représentaient les principaux motifs de venue en France (pour 67 % des patients).

Parmi les personnes interrogées, 18 % n'avaient jamais été scolarisées. Au moment de l'étude, 47 % des patients se déclaraient sans activité professionnelle. Les trois quarts des patients disposaient d'un revenu inférieur ou égal au SMIC. La proportion de patients vivant dans un logement

précaire (famille, amis, foyers) était de 52 %. L'absence de couverture sociale concernait 6 % des patients.

Le dépistage de l'infection VIH avait été réalisé en France pour 91 % des personnes interrogées. La raison de dépistage la plus fréquente, tout sexe confondu, était la présence de symptômes (dans 46 % des cas). Parmi les 250 personnes interrogées, 44 % pensaient avoir été contaminées en Afrique et 29 % en France (le pays probable de contamination restant inconnu pour 27 %).

La répartition des patients en fonction du stade clinique au moment de l'étude était la suivante : 46 % étaient au stade A, 20 % au stade B et 34 % au stade C. Globalement, 72 % des patients bénéficiaient d'un traitement antirétroviral au moment de l'étude.

En analyse univariée, les patients arrivés en France après 1998 différaient significativement des patients arrivés avant 1998 pour les caractéristiques suivantes : contamination probable en Afrique, connaissance de la séropositivité avant la venue en France, venue pour maladie, logement et couverture sociale précaires, absence d'activité professionnelle et revenu mensuel inférieur au SMIC. En analyse multivariée, être arrivé en France après 1998 était associé à la venue pour maladie, à une contamination probable en Afrique, à une couverture sociale précaire et à un logement instable.

■ Discussion / conclusion

Cette étude permet de mieux décrire les évolutions récentes de la population atteinte par le VIH originaire d'Afrique sub-saharienne vivant en Ile-de-France. Une de ses limites est la représentativité des patients interrogés, dans la mesure où il s'agit de personnes prises en charge pour leur infection à VIH et présentes les jours d'étude. Par ailleurs, l'interprétation des dates d'arrivée des patients doit prendre en compte les flux migratoires globaux des pays d'Afrique sub-saharienne.

Le pourcentage important de patients arrivés en France depuis 1999 (34 %) pourrait en partie expliquer l'augmentation du nombre de nouveaux cas de sida, d'autant plus que 87 % d'entre eux connaissaient leur séropositivité VIH avant ou dans l'année suivant leur arrivée en France, comparativement à 25 % des patients arrivés en France avant 1998.

Les personnes arrivées en France après 1998 bénéficient le plus souvent d'une couverture sociale qui permet de faciliter l'accès aux soins mais se trouvent dans une situation de travail, de logement et de revenus très précaires compliquant leur prise en charge médicale. Les patients arrivés avant 1998 bénéficient d'une situation sociale plus satisfaisante, reflet probablement d'une meilleure intégration liée à la durée du séjour.

R é s u l t a t s

J. Emmanuelli,
M. Jauffret-Roustide
A. Laporte.

InVS.

de la phase pilote de l'enquête Coquelicot auprès des usagers de drogues à Marseille

En l'absence de données comportementales chez les usagers de drogues depuis 1998, l'Institut de veille sanitaire a proposé de mener, avec le soutien méthodologique de l'INED et le financement de l'Agence nationale de recherches sur le sida, une étude transversale sur les fréquences et les déterminants des pratiques à risque vis-à-vis du VIH et de l'hépatite C (VHC) chez les usagers de drogues (enquête coquelicot). Une phase pilote a été réalisée à Marseille de septembre 2001 à juin 2002 en vue d'étendre cette enquête dans 5 autres villes.

■ Objectifs

Décrire les situations à risque liées à la consommation de drogues et aux comportements sexuels, identifier les principaux déterminants de la prise de risque et estimer la prévalence du VIH et du VHC chez les usagers de drogues (UD).

■ Méthodologie

La phase pilote mise en place à Marseille consistait à :

- 1 – inventorier les divers services/structures accueillant des UD sur Marseille afin de constituer, en partenariat avec l'Institut national des études démographiques, une base et un plan de sondage pour échantillonner services/structures et UD ;
- 2 – collecter des données relatives à l'état de santé des UD et à leurs pratiques à risque à l'aide d'un questionnaire anonyme et confidentiel administré par des enquêteurs ;
- 3 – proposer aux UD un prélèvement de sang au doigt sur buvard, sans restitution des résultats mais en facilitant leur accès au dépistage.

■ Résultats

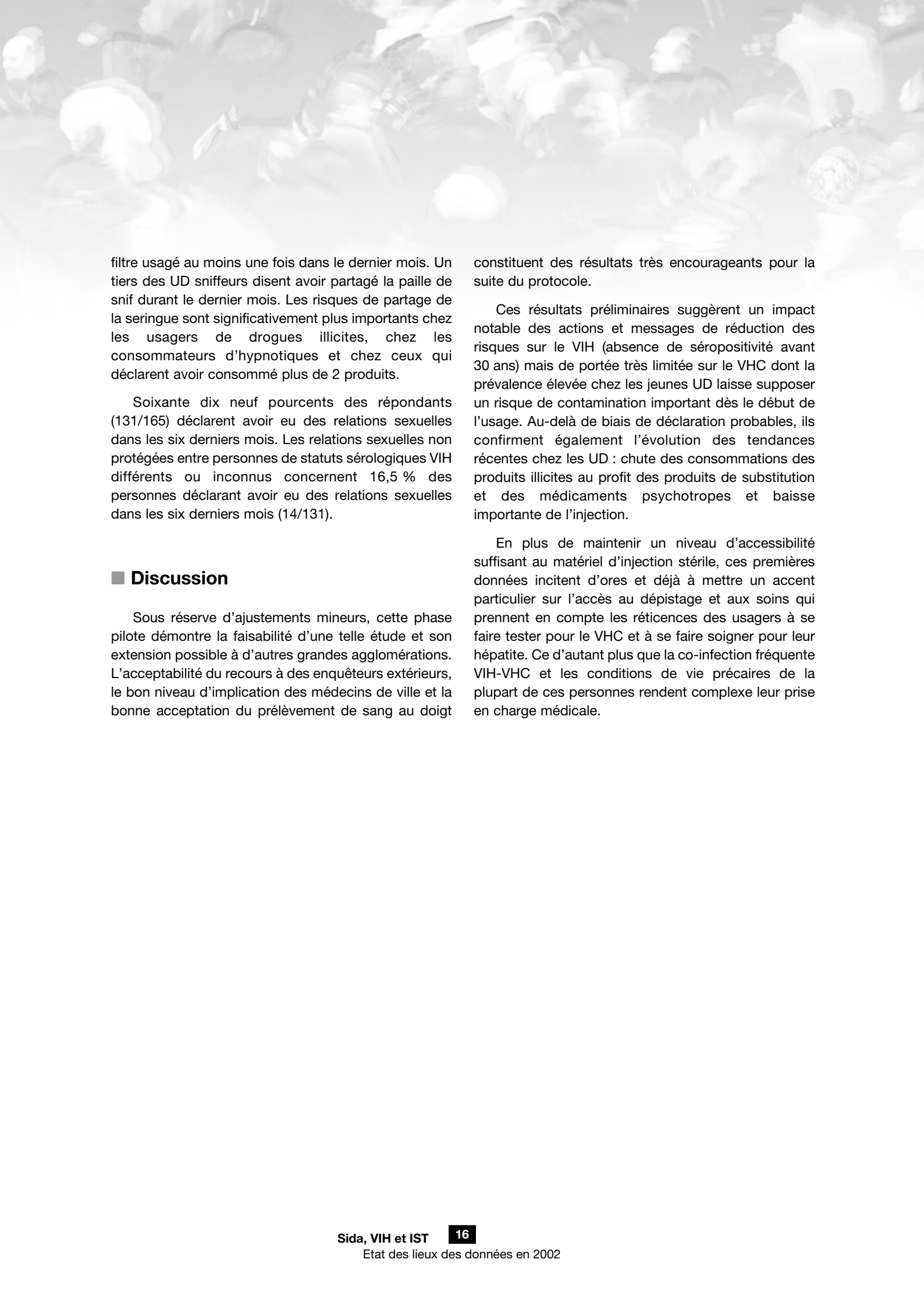
La collecte des données s'est déroulée du 22 avril au 3 juin 2002 auprès de 15 structures de prévention, de soins et d'hébergement pour UD et de 10 cabinets de médecine de ville (CMV). Le taux de participation est de 71 %. Au total, 167 questionnaires ont été recueillis (117 en structures, 50 en CMV). Le taux d'acceptabilité du prélèvement sanguin est de 83 %.

L'échantillon est constitué de 70,5 % d'hommes, l'âge moyen est de 34,1 ans. Les répondants ont fait de la prison au moins une fois dans leur vie pour 60 % d'entre eux (99/166) dont 9 % ont poursuivi les injections durant leur détention. L'habitat peut être considéré comme stable pour 61,2 % d'entre eux (101/166). Enfin, 37,3 % des répondants tirent leurs ressources économiques du RMI (62/166), tandis que 8,4 % se disent sans ressource.

La prévalence déclarée et sur test sérologique du VIH est de 22 % (36/156). Chez les moins de 30 ans, on note l'absence de toute séropositivité (0/35). La prévalence déclarée du VHC est 51,6 % (81/157) contre 72,6 % par le test sérologique sur buvard (93/128). Trente pourcents des sujets positifs au VHC sur le sang capillaire (27/91) ont ainsi déclaré ne pas être contaminés par ce virus. Contrairement au VIH, la prévalence du VHC chez les UD de moins de 30 ans est de 43 % (13/28).

Respectivement 15,6 % (26/166) et 14,5 % (24/166) des UD disent avoir injecté ou sniffé des produits dans le mois précédant le recueil des données. Durant cette période, les produits de substitution ont été consommés par 80 % des UD, les benzodiazépines par 50 % et les produits illicites par 25 %. Soixante dix pourcents des répondants sont polyconsommateurs avec un nombre moyen de produits consommés dans le dernier mois de 2,6.

Trente six pourcents des UD injecteurs (8/25) disent avoir partagé leur seringue et 23 % (5/25) avoir utilisé le récipient, le filtre ou l'eau de nettoyage déjà utilisé par un autre ou avoir laissé un autre utiliser leur



filtre usagé au moins une fois dans le dernier mois. Un tiers des UD sniffeurs disent avoir partagé la paille de snif durant le dernier mois. Les risques de partage de la seringue sont significativement plus importants chez les usagers de drogues illicites, chez les consommateurs d'hypnotiques et chez ceux qui déclarent avoir consommé plus de 2 produits.

Soixante dix neuf pourcents des répondants (131/165) déclarent avoir eu des relations sexuelles dans les six derniers mois. Les relations sexuelles non protégées entre personnes de statuts sérologiques VIH différents ou inconnus concernent 16,5 % des personnes déclarant avoir eu des relations sexuelles dans les six derniers mois (14/131).

■ Discussion

Sous réserve d'ajustements mineurs, cette phase pilote démontre la faisabilité d'une telle étude et son extension possible à d'autres grandes agglomérations. L'acceptabilité du recours à des enquêteurs extérieurs, le bon niveau d'implication des médecins de ville et la bonne acceptation du prélèvement de sang au doigt

constituent des résultats très encourageants pour la suite du protocole.

Ces résultats préliminaires suggèrent un impact notable des actions et messages de réduction des risques sur le VIH (absence de séropositivité avant 30 ans) mais de portée très limitée sur le VHC dont la prévalence élevée chez les jeunes UD laisse supposer un risque de contamination important dès le début de l'usage. Au-delà de biais de déclaration probables, ils confirment également l'évolution des tendances récentes chez les UD : chute des consommations des produits illicites au profit des produits de substitution et des médicaments psychotropes et baisse importante de l'injection.

En plus de maintenir un niveau d'accessibilité suffisant au matériel d'injection stérile, ces premières données incitent d'ores et déjà à mettre un accent particulier sur l'accès au dépistage et aux soins qui prennent en compte les réticences des usagers à se faire tester pour le VHC et à se faire soigner pour leur hépatite. Ce d'autant plus que la co-infection fréquente VIH-VHC et les conditions de vie précaires de la plupart de ces personnes rendent complexe leur prise en charge médicale.

L' é p i d é m i é m i e

C. Semaille, J. Alix,
A.M. Downs,
F. Hamers.

InVS.

d'infection à VIH en Europe : une importante disparité d'Ouest en Est

■ Introduction

La surveillance du VIH/Sida à l'échelle européenne démarre en 1984 avec la création du Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida (EuroHIV) et la déclaration des cas de sida par 17 pays¹. Progressivement, ce réseau de surveillance s'étendra à l'ensemble des 51 pays de la Région Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Après la déclaration des cas de sida, la plupart des pays européens ont mis en place la déclaration de la séropositivité à des moments différents selon les pays. Cependant, trois pays parmi les plus touchés à l'Ouest (France, Italie, Espagne) ne disposent toujours pas d'un système de déclaration de l'infection à VIH au niveau national. Dans cet article sont présentées les données de surveillance des cas de sida et des nouveaux diagnostics d'infection à VIH mises à jour au 30 juin 2002 [1].

■ Méthodes

Des données standardisées et anonymes sur les cas de sida et les nouveaux diagnostics VIH, ainsi que sur la prévalence de l'infection à VIH dans des populations cibles (telles que les utilisateurs de drogues injectables) sont recueillies tous les 6 mois auprès des responsables nationaux de la surveillance du VIH/Sida dans les 51 pays européens.

Pour prendre en compte la diversité de la situation épidémiologique dans la Région européenne de l'OMS, les 51 pays ont été regroupés en trois zones géographiques : l'Ouest (les 15 pays de l'Union européenne, plus Andorre, Islande, Israël, Malte, Monaco, Norvège, Saint-Marin, Suisse), l'Est (les 15 pays de l'ex-Union soviétique) et le Centre (les autres pays de l'ancien bloc communiste, plus la Turquie).

■ Résultats

L'infection à VIH/Sida en Europe de l'Ouest

L'utilisation des puissantes associations d'antirétroviraux à large échelle depuis 1996 a été suivie d'une importante diminution de l'incidence du sida et des décès parmi les cas de sida la même année et plus marquée en 1997. Les taux de décroissance ont diminué plus faiblement les années suivantes. En 2001, l'incidence du sida est de 22,8 par million d'habitants. Les décroissances se sont ralenties pour les cas de sida chez les personnes infectées lors d'un rapport hétérosexuel (« hétérosexuels ») que pour les autres groupes de transmission, de sorte que, pour la première fois en 2001, les « hétérosexuels » représentent le plus important groupe de transmission (36 %). Parmi les cas infectés lors d'un rapport hétérosexuel, la majorité sont des hommes (59 % en 2001) et une proportion croissante sont des personnes originaires d'un pays où l'épidémie de VIH est généralisée², (de 24 % en 1997 à 34 % en 2001).

Le taux global de nouveaux diagnostics d'infections à VIH en 2001 est de 54,9 cas par million d'habitants. Parmi les pays à l'Ouest pour lesquels les données sont disponibles depuis au moins 5 ans, le taux global de nouveaux diagnostics semble relativement stable. Il faut cependant interpréter ces données avec prudence car elles dépendent fortement des modalités de dépistage et de déclaration dans chaque pays. Le nombre de nouveaux diagnostics d'infections à VIH déclarés par année a diminué lentement chez les homo/bisexuels masculins (HBM) et les utilisateurs de drogues injectables (UDI) depuis 1996, alors qu'il a augmenté de manière constante chez les personnes infectées par voie hétérosexuelle (+64 % entre 1997 et 2001, Portugal exclu car données non disponibles avant 2000). Cette augmentation est

¹ Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Islande, Italie, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Royaume-Uni, Suède, Suisse, Tchécoslovaquie.

² La prévalence du VIH est régulièrement supérieure à 1 % chez les femmes enceintes (ONUSIDA).

due à une progression des cas chez les personnes originaires d'un pays où l'épidémie de VIH est généralisée. Elle est observée dans plusieurs pays (par ex. Belgique, Irlande, Norvège, Royaume-Uni), mais est la plus marquée au Royaume-Uni (+144 %), où les migrants représentent 79 % des cas infectés par voie hétérosexuelle en 2001. Les données pour les 6 premiers mois de l'année 2002 semblent confirmer ces tendances.

L'infection à VIH/Sida en Europe du Centre

Au Centre, l'incidence du sida (<6 cas par million d'habitants quelle que soit l'année) et le taux de nouveaux diagnostics d'infection à VIH (7-10 cas par million d'habitants) restent faibles. Le nombre de nouveaux diagnostics d'infection à VIH chez les UDI au Centre est faible et concerne quasi exclusivement la Pologne (95 %). Le Centre représente toutefois la majorité des cas de sida pédiatriques (61%), en raison d'une épidémie survenue chez des jeunes enfants en Roumanie dans les années 1990 lors de transfusions sanguines ou d'injections multiples avec du matériel mal stérilisé.

L'infection à VIH/Sida en Europe de l'Est

A l'Est, le nombre d'infections à VIH nouvellement diagnostiquées a augmenté dramatiquement de 234 cas en 1994 à près de 100 000 cas déclarés en 2001 (349 cas par million d'habitants). En 2001, des taux supérieurs à 100 cas par million d'habitants sont observés dans 4 pays (Estonie, Lettonie, Fédération de Russie et Ukraine) et entre 15 et 75 cas par million d'habitants dans 8 autres pays de la région. L'épidémie a démarré en 1995 en Ukraine, puis s'est étendue à la Fédération de Russie, au Bélarus, à la République de Moldova (1996), à la Lettonie (1998), puis à l'Estonie (2000) et à la Lituanie (2002). Tous les pays de la région sont touchés y compris ceux du Caucase et d'Asie centrale. La majorité de ces infections sont diagnostiquées chez des UDI (89 %) en 2001 en excluant les cas sans risque déclaré, des hommes (78 %) et des jeunes (82 % ont moins de 30 ans). Le nombre de cas attribués à une transmission hétérosexuelle a également progressé (+53 % en 2001). En revanche, le nombre de cas d'infection à VIH chez les HBM est très faible et stable (autour de 100 cas par an). L'incidence du sida reste faible (<3 cas par

million d'habitants), excepté en Lettonie (16,9 cas par million d'habitants en 2001) et en Ukraine (17,2 cas par million en 2001).

■ Discussion

Europe de l'Ouest : une situation endémique et concentrée

A l'Ouest, l'utilisation à large échelle des puissantes associations d'antirétroviraux a largement contribué à la diminution des nouveaux cas de sida et des décès parmi les cas de sida, surtout dans les deux années qui ont suivi leur mise à disposition. Malgré l'augmentation des nouveaux diagnostics VIH chez les personnes infectées par voie hétérosexuelle, les UDI et les HBM restent les groupes les plus touchés à l'Ouest. En outre, l'augmentation récente des infections sexuellement transmissibles chez les homosexuels dans plusieurs pays d'Europe de l'Ouest [2] suggère une reprise des comportements à risque dans ce groupe. Les défis majeurs auxquels est confrontée actuellement l'Europe de l'Ouest sont de prévenir le relâchement des pratiques sexuelles à moindre risque et d'améliorer l'accès au dépistage et aux soins pour toutes les personnes infectées, en particulier les personnes originaires des pays où l'infection est généralisée.

Europe centrale : un faible niveau épidémique

Le Centre semble relativement épargné par l'épidémie de VIH/Sida. Les données d'incidence du sida et des nouveaux diagnostics d'infection à VIH ainsi que les données disponibles sur la prévalence chez les femmes enceintes (inférieure à 2/10 000) ou chez les UDI (inférieure à 2 % à l'exception de la Pologne où la prévalence s'élève à 11 % en 2000) confirment que cette région a su globalement se préserver d'une diffusion du VIH à large échelle [3]. Cependant, comme dans tous les pays, il est impératif de maintenir des mesures de prévention efficaces.

Europe de l'Est : une épidémie récente et concentrée

Depuis l'effondrement du bloc soviétique, l'Est doit faire face à une épidémie explosive de l'infection à VIH



concentrée chez les UDI dans un contexte socio-économique défavorable (augmentation de la prostitution, de l'utilisation de drogue, crise économique) [3]. Actuellement, le nombre de programmes de réduction de risque couvre à peine 10 % de la population des UDI. Le risque majeur pour cette région est celui d'une dissémination hétérosexuelle à large échelle. Ce risque dépend de l'importance des contacts qui existent entre les populations à risque (en l'occurrence les UDI) et la population générale. Inévitablement, l'Est devra faire face à une épidémie massive de sida, en conséquence

de l'épidémie actuelle du VIH, qui risque de saturer les capacités d'accueil des services de soins.

[1] European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. HIV/AIDS Surveillance in Europe. Mid-year report 2002. Saint-Maurice : Institut de Veille Sanitaire, 2002. N°67.

[2] NICOLL A, HAMERS FF. Are trends in HIV, gonorrhoea, and syphilis worsening in western Europe ? *BMJ* 2002 ; 324 : 1324-7.

[3] HAMERS FF, DOWNS AM. HIV in central and eastern Europe. *Lancet* (sous presse).

Perspectives

A. Laporte
J.C. Desenclos.
InVS.

pour 2003 : un nouveau dynamisme pour la surveillance de l'infection VIH et des infections sexuellement transmises

Ces 20 ans d'épidémie de Sida et d'infection VIH ont vu les méthodes de surveillance épidémiologique s'adapter aux modifications de l'histoire naturelle de la maladie et à leurs conséquences sociales. Le Sida, syndrome clinique au moment de sa découverte au début des années quatre-vingt, apparaît comme une infection souvent asymptomatique grâce au développement technique et à l'accès au test de dépistage dans la décennie suivante. Il devient alors plus difficile de décrire cette épidémie dans la mesure où le diagnostic de l'infection VIH n'est pas un événement indépendant de la volonté, donc systématiquement visible, comme peut l'être une manifestation clinique nécessitant des soins (le stade Sida).

L'observation d'une infection VIH ne peut être donc que retardée dans le temps (au moment où l'on fait un test) et sans possibilité d'estimer son ancienneté (le test ne permettant pas de la dater). Ces éléments expliquent le sentiment d'imperfection croissant concernant cette surveillance de l'infection VIH ces dernières années, en retard sur l'événement à surveiller : la contamination.

Vers la surveillance virologique ...

Cependant, une nouvelle stratégie de dépistage pour détecter des infections récentes a été développée consistant à appliquer un test moins sensible sur les sérums positifs en ELISA. Il est ainsi possible de séparer les individus dépistés positifs dans la période suivant une séroconversion et avant le pic des anticorps (infection récente), des individus contaminés depuis plus de 6 mois. Cette nouvelle technique a été développée en France par le Centre national de référence du VIH (Pr F. Barin, Tours) avec le soutien de l'Agence nationale de recherche sur le sida et l'hépatite C (ANRS).

Ainsi, couplée à la surveillance épidémiologique des nouveaux diagnostics d'infection VIH, qui verra le

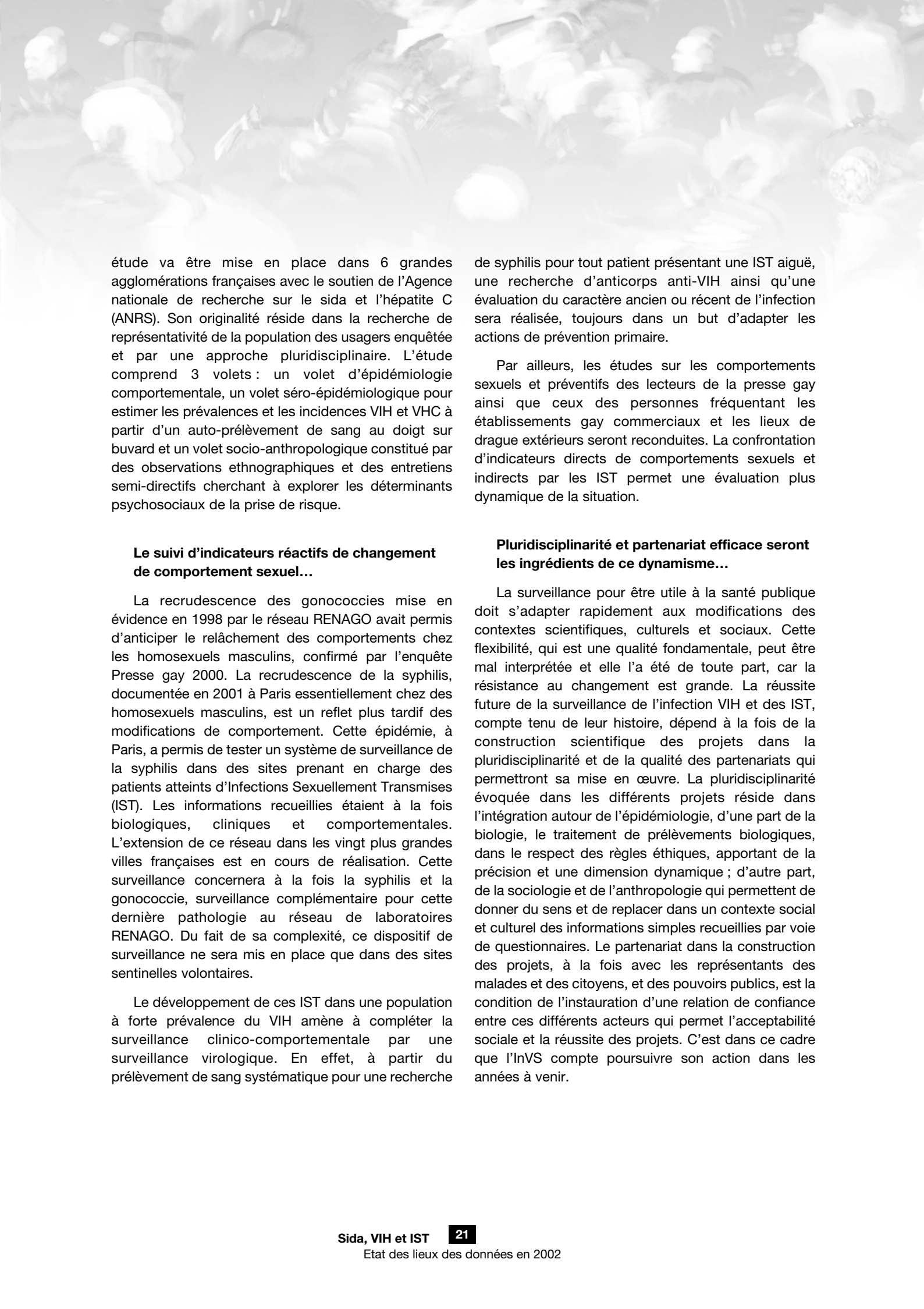
jour début 2003, cette surveillance virologique va permettre d'estimer l'incidence de l'infection VIH et de décrire les personnes qui se sont contaminées récemment. Les objectifs de cette surveillance couplée sont d'adapter les actions de prévention primaire de l'infection VIH.

Pour un meilleur accès au dépistage du VIH...

Cependant, le problème de la sous-estimation de la population contractant une infection VIH ne sera résolu que lorsque les personnes concernées auront un accès rapide au dépistage. Ainsi, malgré 15 ans d'accès possible à un dépistage gratuit et des campagnes publiques d'incitation, trop de personnes se présentent tardivement aux soins pour une infection VIH. Une étude socio-épidémiologique en cours, sous l'égide de l'ANRS, qui repose sur une enquête qualitative puis quantitative, va analyser les trajectoires d'accès aux soins de ces personnes de façon à identifier des facteurs individuels, sociaux et culturels permettant d'expliquer ces recours tardifs.

Un dispositif d'enquête innovant pour une approche compréhensive des pratiques des usagers de drogues...

Les usagers de drogues représentent la population la plus touchée par l'infection VIH, l'infection par le VHC et la co-infection par ces 2 virus et aussi celle pour laquelle les modifications de comportements ont été les plus spectaculaires concernant la prévention de l'infection VIH. Cependant, les données disponibles s'avèrent fragmentaires et approximatives dans la mesure où elles ne concernent que certaines populations d'usagers de drogues, ne s'attachent qu'insuffisamment aux prises de risques sexuelles ou à certains déterminants du partage des seringues (offre et accessibilité des soins et de la prévention, souffrance psychologique, ...). Ainsi, suite à une enquête de faisabilité satisfaisante à Marseille, une



étude va être mise en place dans 6 grandes agglomérations françaises avec le soutien de l'Agence nationale de recherche sur le sida et l'hépatite C (ANRS). Son originalité réside dans la recherche de représentativité de la population des usagers enquêtée et par une approche pluridisciplinaire. L'étude comprend 3 volets : un volet d'épidémiologie comportementale, un volet séro-épidémiologique pour estimer les prévalences et les incidences VIH et VHC à partir d'un auto-prélèvement de sang au doigt sur buvard et un volet socio-anthropologique constitué par des observations ethnographiques et des entretiens semi-directifs cherchant à explorer les déterminants psychosociaux de la prise de risque.

Le suivi d'indicateurs réactifs de changement de comportement sexuel...

La recrudescence des gonococcies mise en évidence en 1998 par le réseau RENAGO avait permis d'anticiper le relâchement des comportements chez les homosexuels masculins, confirmé par l'enquête Presse gay 2000. La recrudescence de la syphilis, documentée en 2001 à Paris essentiellement chez des homosexuels masculins, est un reflet plus tardif des modifications de comportement. Cette épidémie, à Paris, a permis de tester un système de surveillance de la syphilis dans des sites prenant en charge des patients atteints d'Infections Sexuellement Transmises (IST). Les informations recueillies étaient à la fois biologiques, cliniques et comportementales. L'extension de ce réseau dans les vingt plus grandes villes françaises est en cours de réalisation. Cette surveillance concernera à la fois la syphilis et la gonococcie, surveillance complémentaire pour cette dernière pathologie au réseau de laboratoires RENAGO. Du fait de sa complexité, ce dispositif de surveillance ne sera mis en place que dans des sites sentinelles volontaires.

Le développement de ces IST dans une population à forte prévalence du VIH amène à compléter la surveillance clinico-comportementale par une surveillance virologique. En effet, à partir du prélèvement de sang systématique pour une recherche

de syphilis pour tout patient présentant une IST aiguë, une recherche d'anticorps anti-VIH ainsi qu'une évaluation du caractère ancien ou récent de l'infection sera réalisée, toujours dans un but d'adapter les actions de prévention primaire.

Par ailleurs, les études sur les comportements sexuels et préventifs des lecteurs de la presse gay ainsi que ceux des personnes fréquentant les établissements gay commerciaux et les lieux de drague extérieurs seront reconduites. La confrontation d'indicateurs directs de comportements sexuels et indirects par les IST permet une évaluation plus dynamique de la situation.

Pluridisciplinarité et partenariat efficace seront les ingrédients de ce dynamisme...

La surveillance pour être utile à la santé publique doit s'adapter rapidement aux modifications des contextes scientifiques, culturels et sociaux. Cette flexibilité, qui est une qualité fondamentale, peut être mal interprétée et elle l'a été de toute part, car la résistance au changement est grande. La réussite future de la surveillance de l'infection VIH et des IST, compte tenu de leur histoire, dépend à la fois de la construction scientifique des projets dans la pluridisciplinarité et de la qualité des partenariats qui permettront sa mise en œuvre. La pluridisciplinarité évoquée dans les différents projets réside dans l'intégration autour de l'épidémiologie, d'une part de la biologie, le traitement de prélèvements biologiques, dans le respect des règles éthiques, apportant de la précision et une dimension dynamique ; d'autre part, de la sociologie et de l'anthropologie qui permettent de donner du sens et de replacer dans un contexte social et culturel des informations simples recueillies par voie de questionnaires. Le partenariat dans la construction des projets, à la fois avec les représentants des malades et des citoyens, et des pouvoirs publics, est la condition de l'instauration d'une relation de confiance entre ces différents acteurs qui permet l'acceptabilité sociale et la réussite des projets. C'est dans ce cadre que l'InVS compte poursuivre son action dans les années à venir.