

Au sein du groupe des hétérosexuels, l'analyse par type de partenaire montre des différences dans l'évolution du nombre de nouveaux cas :

– les cas liés à une contamination par un **partenaire bisexuel, transfusé ou hémophile** sont peu nombreux (55 nouveaux cas en 1994) et leur nombre évolue peu actuellement;

– le nombre de cas originaires des **Caraïbes** (Martinique, Guadeloupe, Guyane et tous les pays des Caraïbes) ou partenaires de sujets originaires des Caraïbes avait tendance à se stabiliser depuis 1990 autour de 150 nouveaux cas par an mais une augmentation sensible est cependant constatée en 1994 et en 1995 dans ce sous-groupe (240 nouveaux cas sont prévus en 1995);

– les cas liés à une contamination par un **partenaire sexuel usager de drogues**, dont le nombre a augmenté très rapidement entre 1990 ($n = 95$) et 1993 ($n = 210$) a tendance à se stabiliser en 1994 et 1995 autour de 200 nouveaux cas;

– le nombre de cas originaires d'**Afrique subsaharienne** ou partenaires de sujets originaires de cette zone continue à progresser assez rapidement : le nombre de nouveaux cas a doublé entre 1990 ($n = 225$) et 1994 ($n = 440$) et 500 nouveaux cas sont prévus dans ce sous-groupe en 1995;

– enfin, c'est dans le sous-groupe des hétérosexuels ayant un **partenaire sexuel séropositif**, dont on ne connaît pas le mode de contamination, que l'on retrouve la progression la plus forte : le nombre de nouveaux cas a été multiplié par 4 entre 1990 ($n = 45$) et 1994 ($n = 175$) et plus de 200 cas sont prévus en 1995.

Le groupe des hémophiles/transfusés est le seul groupe pour lequel on observe une diminution du nombre de nouveaux cas de Sida à partir de 1990. Cette diminution est évidemment liée aux mesures de sécurité appliquées aux produits sanguins à partir de mi-1985.

Ces tendances ne concernent que la forme grave de l'infection par le V.I.H. et ne reflètent donc pas l'évolution actuelle des nouvelles contaminations.

CONNAISSANCE DU STATUT SÉROLOGIQUE AVANT LE DIAGNOSTIC DE SIDA

CAZEIN F., LOT F., PILLONEL J., PINGET R., LAPORTE A.

(Réseau national de Santé publique)

L'un des principaux intérêts d'un dépistage précoce des anticorps anti-V.I.H. est celui de la possibilité d'une surveillance clinique et biologique précoce des porteurs du virus et donc d'une prise en charge adaptée. Cette surveillance, qui permet d'apprécier le retentissement de l'infection sur le système immunitaire, en fonction de critères cliniques et de la numération des lymphocytes CD4, conduit à mettre en route dans les meilleurs délais un traitement antirétroviral et des traitements prophylactiques des principales infections opportunistes.

L'objectif de cet article est d'analyser la connaissance, par les patients, de leur statut sérologique avant le diagnostic de Sida, et de caractériser ceux qui ignorent leur infection V.I.H.

MÉTHODES

Trois variables ont été ajoutées dans le questionnaire de déclaration de Sida pour les adultes (âge supérieur ou égal à 15 ans) depuis janvier 1994 : la date de première sérologie positive, le nombre de lymphocytes CD4 au diagnostic du Sida et la prise d'un traitement antirétroviral pré-Sida.

Un sujet a été considéré comme ne connaissant pas son statut sérologique avant l'entrée dans le Sida, si le délai entre la date de la première sérologie positive et la date d'entrée dans le Sida est inférieur ou égal à 3 mois.

Le nombre de lymphocytes CD4 au diagnostic du Sida a été considéré comme connu si leur mesure avait été effectuée dans les 3 mois qui précèdent ou qui suivent le diagnostic de la première pathologie opportuniste Sida.

Un sujet a été considéré comme ayant pu bénéficier d'un traitement antirétroviral pré-Sida si la durée de celui-ci est supérieure ou égale à 3 mois.

Les pathologies observées dans le cadre de la surveillance du Sida ne représentent que le mode d'entrée dans la maladie (pathologies inaugurales), les patients pouvant présenter d'autres pathologies par la suite. La première pathologie opportuniste indicative de Sida et celles diagnostiquées éventuellement dans un délai de 1 mois sont prises en compte lors de l'enregistrement d'un cas.

L'analyse porte sur les cas de Sida adultes enregistrés au R.N.S.P. entre le 1^{er} janvier 1994 et le 30 juin 1995, et diagnostiqués à partir de janvier 1993. Les cas diagnostiqués avant 1993 et enregistrés en 1994 et 1995 ont été exclus car ce sont des cas déclarés avec retard qui ne représentent qu'une part faible et non représentative des cas diagnostiqués avant 1993. Par ailleurs, 231 cas pour lesquels la date de première sérologie positive n'a pas été renseignée ont également été exclus. Au total, 7 705 cas ont donc été analysés (parmi les 7 936 enregistrés sur la période) en fonction des variables suivantes : année de diagnostic, groupe de transmission, sexe, âge, nationalité, région de domicile, catégorie socioprofessionnelle, pathologie opportuniste, nombre de lymphocytes CD4, traitement antirétroviral pré-Sida.

RÉSULTATS

Connaissance du statut sérologique

Parmi les 7 705 cas pour lesquels la date de première sérologie positive est renseignée, la séropositivité n'est pas connue avant le diagnostic de Sida pour 1694 cas (22 %).

Année de diagnostic

De janvier 1993 à juin 1995, le pourcentage de cas pour lesquels la sérologie positive n'est pas connue avant le diagnostic de Sida n'évolue pas, il représente 21 à 22 % des cas.

Groupe de transmission

Le pourcentage de personnes ne connaissant pas leur sérologie avant le Sida varie largement selon le groupe de transmission. Près de la moitié (46 %) des cas dont le mode de contamination est inconnu ignorent leur statut sérologique avant le Sida. Ce pourcentage est moins élevé chez les transfusés (18 %) et les homo/bisexuels (18 %). Seuls, 10 % des usagers de drogues et 2 % des hémophiles ne connaissent pas leur sérologie avant leur diagnostic de Sida.

Parmi les cas hétérosexuels, le pourcentage de sérologie inconnue est de 33 % et varie selon le type de partenaire ou l'origine géographique :

- entre 10 et 20 % pour les cas ayant un partenaire usager de drogues, hémophile, transfusé, ou un partenaire sans risque connu mais séropositif;
- entre 25 et 30 % chez les sujets ayant un partenaire bisexuel, un partenaire originaire des Caraïbes ou d'Afrique subsaharienne;
- plus élevé chez les sujets eux-mêmes originaires des Caraïbes (41 %) ou d'Afrique subsaharienne (54 %).

Sexe

Les hommes ignorent plus souvent leur statut sérologique avant le diagnostic de Sida (23 %) que les femmes (19 %), et ce principalement dans les groupes de transmission « hétérosexuel » (44 % vs 21 %) et « inconnu » (50 % vs 37 %). Cette différence est plus faible chez les usagers de drogues (11 % vs 7 %), bien qu'elle reste significative.

Au sein du groupe de transmission « hétérosexuel », le pourcentage d'hommes ne connaissant pas leur séropositivité avant le Sida est supérieur à ce pourcentage chez les femmes, quel que soit le type du partenaire ou l'origine géographique. En particulier, les hommes originaires d'Afrique subsaharienne ou des Caraïbes, contaminés par voie hétérosexuelle, ignorent plus souvent leur séropositivité (respectivement 60 % et 48 %) que les femmes des mêmes groupes (respectivement 42 % et 30 %).

Âge au diagnostic de Sida

La connaissance du statut sérologique est la meilleure dans les 2 tranches d'âge les plus touchées par l'épidémie, les 25-29 ans et les 30-39 ans (19 % des personnes de ces tranches d'âge ignoraient cependant leur statut sérologique avant le Sida).

Cette connaissance diminue pour les classes d'âge supérieures, et plus de 30 % des personnes de 50 à 69 ans ne connaissent pas leur séropositivité avant le diagnostic du Sida.

Nationalité

La proportion de sérologies inconnues avant le diagnostic de Sida est significativement plus importante chez les sujets originaires d'Afrique subsaharienne (52 %), d'Haïti (50 %), d'Asie (44 %), d'Afrique du Nord (31 %), comparé à cette proportion chez les sujets de nationalité française (19 %).

Région de domicile

L'ignorance du statut sérologique est plus répandue pour les sujets domiciliés dans les D.O.M. (36 %), ainsi que pour les sujets domiciliés en Champagne-Ardenne et dans le Limousin (32 %). Les personnes domiciliées en Alsace, en Picardie et en P.A.C.A. sont celles ayant la meilleure connaissance de leur statut sérologique (au maximum, 15 % ne le connaissent pas avant l'entrée dans le Sida).

Catégorie socioprofessionnelle

La proportion de sérologies inconnues est plus importante chez les retraités (39 %), ce qui est cohérent avec les proportions observées dans les classes d'âge élevé, chez les ouvriers (29 %) et les agriculteurs (26 %).

Les professions intermédiaires (cadres moyens, instituteurs, infirmières, techniciens...) sont celles où la méconnaissance de leur statut sérologique est la plus faible (16 %).

Pathologie opportuniste

La fréquence de la pneumocystose inaugurale isolée (non associée à d'autres pathologies) est de 27 % chez les sujets qui ne connaissent pas leur séropositivité avant le diagnostic de Sida, alors qu'elle est de 13 % chez ceux qui la connaissent. De même, la fréquence de la tuberculose pulmonaire ou extra-pulmonaire est plus élevée chez les sujets qui ignorent leur statut sérologique (15 % vs 8 %).

La fréquence de la toxoplasmose inaugurale isolée est la même entre les sujets ne connaissant pas leur séropositivité avant le diagnostic de la maladie et ceux la connaissant (respectivement 10 % et 9 %).

En ce qui concerne le kaposi et la candidose œsophagienne prises chacune isolément, leurs fréquences sont significativement inférieures chez les sujets ne connaissant pas leur séropositivité (respectivement 10 % et 7 %) par rapport aux autres (respectivement 12 % et 14 %). La fréquence de chacune des autres pathologies opportunistes est toujours inférieure chez les sujets ignorant leur séropositivité.

Nombre de lymphocytes CD4 au diagnostic du Sida

Sur les 7129 cas pour lesquels le nombre de CD4 est connu au moment du diagnostic de la première pathologie opportuniste, le nombre moyen de lymphocytes CD4 est de 85/mm³ chez les sujets ne connaissant pas leur séropositivité avant le Sida. Ce nombre n'est pas significativement différent chez ceux connaissant leur séropositivité (90/mm³).

Cependant, parmi les sujets connaissant leur séropositivité avant le Sida, le nombre moyen de lymphocytes CD4 est significativement plus faible chez ceux ayant reçu un traitement antirétroviral pré-Sida (63/mm³) par rapport à ceux n'en ayant pas reçu (134/mm³).

Traitement antirétroviral pré-Sida

Parmi les sujets connaissant leur séropositivité avant le diagnostic de Sida, 37 % n'ont pas pris de traitement antirétroviral pré-Sida. Ce pourcentage varie en fonction des groupes de transmission : 33 % chez les homo-bisexuels, 41 % chez les usagers de drogues, 31 % chez les hémophiles, 24 % chez les transfusés, 50 % chez les hétérosexuels originaires des Caraïbes, 43 % chez les hétérosexuels originaires d'Afrique subsaharienne, 37 % chez les hétérosexuels non originaires de ces zones d'endémie et 38 % chez les sujets dont le mode de contamination est inconnu.

Délai entre la date de première sérologie positive et la date de diagnostic

Le délai entre la première sérologie positive et le diagnostic de Sida s'échelonne entre 0 et 15 ans.

La distribution de ce délai varie selon le groupe de transmission (cf. fig. 1). Les hémophiles connaissent mieux leur statut sérologique et depuis plus longtemps que les autres groupes de transmission. Ainsi, 8 ans avant le diagnostic de Sida, 67 % d'entre eux connaissaient leur séropositivité, alors que cette proportion n'est que de 22 % chez les usagers de drogues injectables, 12 % chez les homo/bisexuels et 4 % chez les hétérosexuels. La proportion de 50 % des patients connaissant leur statut sérologique est atteinte 6 ans avant le Sida pour les usagers de drogues, 4 ans avant pour les homo-sexuels et bisexuels et 2 ans avant pour les hétérosexuels.

DISCUSSION - CONCLUSION

Pour près d'un quart des cas diagnostiqués sur la période 1993-1995, les sujets ne connaissaient pas leur statut sérologique au moment de l'entrée dans le Sida. Le recul n'est pas suffisant (2 ans et demi) pour analyser une éventuelle modification du recours au dépistage au cours du temps.

La connaissance de la séropositivité avant le diagnostic de Sida, et donc le recours au dépistage du V.I.H., varie largement selon le groupe de transmission, mais aussi selon le sexe, l'âge, la région de domicile et la catégorie socioprofessionnelle. Une analyse multivariée sera réalisée ultérieurement afin d'identifier les variables indépendamment liées à la connaissance du statut sérologique.

Les différences observées paraissent principalement liées au recours aux structures de soins : ainsi, les usagers de drogues et les hémophiles qui ont des recours variés à différentes structures de soins sont plus largement dépistés.

Il est par contre frappant de constater à quel point l'ignorance de la séropositivité avant le Sida est fréquente chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne ou des Caraïbes contaminées par voie hétérosexuelle. Cette constatation va dans le même sens que la constatation observée pour les sujets de nationalité étrangère. Les campagnes de prévention et de dépistage devraient absolument mieux sensibiliser ces populations de façon ciblée, en intégrant les spécificités culturelles qui leur sont propres.

Les différences observées peuvent aussi être liées à la politique de dépistage du V.I.H. instaurée en France. Ainsi, les femmes, quel que soit leur mode de contamination, à l'exception des transfusées, connaissent toujours mieux leur séropositivité avant le Sida que les hommes. On peut penser qu'elles ont eu davantage l'occasion d'être testées, en raison de la proposition systématique d'un test qui leur est faite en prénatal. De même, le suivi gynécologique recommandé chez toute femme peut également être l'occasion d'une proposition de dépistage du V.I.H.

La différence de survenue des pneumocystoses entre les sujets connaissant leur séropositivité et ceux ne la connaissant pas avant le Sida montre l'importance d'un dépistage précoce et d'une mise en route de traitements prophylactiques.

La différence de survenue observée pour la tuberculose est liée à une proportion importante de sujets originaires d'Afrique subsaharienne (population particulièrement exposée au bacille de la tuberculose) parmi l'ensemble de ceux qui ignorent leur séropositivité.

Curieusement, la connaissance du statut sérologique n'influe pas sur la fréquence de la toxoplasmose cérébrale. Les sujets ne connaissant pas leur séropositivité avant le Sida présentent par contre moins de kaposi, de candidoses œsophagiennes. Ceci s'explique principalement par le fait qu'ils présentent par contre plus de pneumocystoses pulmonaires inaugurales.

Chez les sujets connaissant leur statut sérologique avant le Sida, plus d'un tiers n'avait pas de traitement antirétroviral. Il peut s'agir de refus de la part des patients, d'une non-proposition en raison d'un état immunologique satisfaisant ou d'une absence totale de prise en charge. En fonction du groupe de transmission, la proportion de ces patients ne recevant pas de traitement antirétroviral varie moins (de 31 % à 50 %) que la proportion de ceux ne connaissant pas leur statut sérologique (de 2 % à 54 %). Néanmoins, cette proportion de patients non traités est plus importante chez les sujets originaires des Caraïbes ou d'Afrique subsaharienne, et chez les sujets usagers de drogues.

Ces résultats soulignent l'effort d'information qu'il reste à faire auprès de certains groupes de populations pour inciter au dépistage (sujets originaires d'Afrique ou des Caraïbes) et pour que le bénéfice d'un traitement précoce soit entendu par tous.

Figure 1. - Proportion de patients connaissant leur séropositivité avant le diagnostic de Sida, selon leur mode de contamination (Cas de Sida enregistrés au R.N.S.P. entre janvier 1994 et juin 1995)

