

## ENQUÊTE

11 DEC 1998

### ÉVOLUTION DES DIAGNOSTICS DE SÉROPOSITIVITÉ VIH EN RAPPORT AVEC UNE TRANSMISSION HOMOSEXUELLE MASCULINE GECSA-DMI2, AQUITAINE, 1985-1997

Emmanuelle BOUZIGON<sup>1</sup>, Catherine MARIMOUTOU<sup>1,2</sup>, Patrick MERCIÉ<sup>2</sup>, Philippe MORLAT<sup>2</sup>,  
Denis MALVY<sup>2</sup>, François DABIS<sup>1,2</sup>.

#### INTRODUCTION

Depuis le début de l'épidémie d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), l'homme/bisexualité masculine représente un des principaux modes de transmission du virus aussi bien en France que dans les autres pays industrialisés. Ainsi, les statistiques nationales des cas de SIDA déclarés au 31/12/97 [1] indiquent que ce groupe représente 34,7 % des cas de SIDA déclarés pour l'année 1997 et 45 % du total cumulé des déclarations. Environ un tiers des patients infectés par le VIH de type 1 (VIH-1), enregistrés dans la base de données hospitalière du Groupe d'Épidémiologie Clinique du SIDA en Aquitaine (GECSA) appartient à ce groupe [2].

L'objectif de cette étude est de décrire les tendances séculaires des nouveaux diagnostics de séropositivité VIH-1 des sujets homo/bisexuels qui ont été inclus en Aquitaine dans le système d'information GECSA-DMI2 et d'étudier les caractéristiques de ces patients.

#### MATÉRIEL ET MÉTHODE

Le GECSA coordonne, depuis 1987, un système de surveillance hospitalière des sujets infectés par le VIH-1 en Aquitaine [2]. Quatorze services du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux et quatre services des Centres Hospitaliers de Bayonne, Dax, Libourne et Villeneuve-sur-Lot y participent.

Les critères d'inclusion sont : 1) une infection par le VIH-1 confirmée par un test Western-Blot quel que soit le stade clinique, 2) un âge de 13 ans minimum, 3) au moins un recours dans l'un des services participant (hospitalisation ou consultation), 4) un consentement du sujet. Les données sont recueillies de façon anonyme à chaque recours dans un des services participant à l'aide d'un questionnaire standardisé rassemblant des informations socio-démographiques, épidémiologiques, cliniques, biologiques et thérapeutiques.

La population source comprend 4 971 patients inclus dans ce système d'information entre le 1<sup>er</sup> janvier 1985 et le 30 juin 1997. L'échantillon étudié est formé par les 1 792 sujets appartenant aux groupes de transmission homo/bisexual (N = 1 701) ou associant homo/bisexualité et toxicomanie (N = 91).

Les caractéristiques suivantes, mesurées à l'inclusion, ont été analysées : 1) socio-démographiques (âge, nombre de partenaires, utilisation de préservatifs), 2) épidémiologiques (raison du dépistage, date de la dernière sérologie négative, date de la première sérologie positive), 3) cliniques (stade de la maladie, définition CDC 1993, pathologies classantes du stade SIDA), 4) biologiques (taux de lymphocytes CD4<sup>+</sup>). L'évolution de ces caractéristiques a été étudiée en regroupant les années de diagnostic en trois périodes : avant 1990 (N = 856), 1990-1995 (N = 821) et 1996-1997 (N = 115).

Les variables quantitatives ont été comparées par des tests de Student, de Mann-Whitney ou de Kruskal-Wallis et les variables qualitatives par le test du Chi2 ou le test exact de Fisher selon les conditions d'application. L'étude des tendances séculaires a été réalisée à partir du nombre de nouvelles séropositivités annuelles observées puis estimées par rétrocalcul en tenant compte des délais de report des déclarations [3].

#### RÉSULTATS

En tenant compte du délai de report des déclarations, le nombre estimé de nouveaux diagnostics annuels s'avère stable depuis 1986 chez les patients homo/bisexuels inclus dans la base de données GECSA-DMI2, autour de 170 à 190 cas par an (figure 1). Sur les dernières années, ce chiffre est trois fois supérieur au nombre estimé de nouveaux diagnostics parmi les hétérosexuels ou les toxicomanes masculins. Chez ces derniers, les nouveaux diagnostics sont en décroissance sensible et régulière depuis 1988, phénomène déjà observé lors d'une étude précédente de notre groupe [4].

La médiane d'âge au diagnostic des sujets homo/bisexuels était de 32 ans (Intervalle Interquartile (IQ) : 27-40 ans) et le délai médian entre le diagnostic sérologique et l'inclusion (première visite hospitalière) était de 122 jours (IQ : 13 - 1 063 jours).

Globalement, près de la moitié des sujets déclaraient avoir eu au moins trois partenaires dans l'année précédant l'inclusion (51 %) et utiliser un préservatif « parfois seulement ou jamais » (47 %). Cependant, les sujets ayant signalé au moins trois partenaires dans l'année écoulée déclaraient plus souvent utiliser occasionnellement ou jamais de préservatif que les autres (58 % versus 49 % -  $p < 10^{-3}$ ).

Quelle que soit l'année de diagnostic, plus de 60 % des sujets homo/bisexuels infectés par le VIH-1 étaient asymptomatiques à l'inclusion. Toutefois, depuis 1996 cette proportion a augmenté, devenant supérieure à 70 %.

Les homosexuels diagnostiqués en 1996-1997 sont plus âgés au moment du diagnostic (35 ans en 1996-1997 contre 32 ans pour les deux autres périodes [1990-1995 et avant 1990],  $p = 10^{-4}$ ). Ils semblent avoir un comportement plus à risque, car on a observé sur cette dernière période une augmentation de la proportion de sujets déclarant une utilisation occasionnelle de préservatif (50 % contre 23 % -  $p < 10^{-4}$ ). Par contre, ils déclarent plus souvent des tests de dépistage antérieurs au diagnostic. En effet, la proportion des sujets qui ont réalisé au moins un test diagnostique qui s'est avéré négatif avant celui qui a conduit au diagnostic, est de 39 % pour les années 1996-1997 contre 26 % sur la période 1990-1995 et 3 % avant 1990 ( $p < 10^{-4}$ ).

Les personnes diagnostiquées plus récemment semblent incluses à un stade plus précoce de la maladie. En effet, ils sont de plus en plus souvent inclus au stade A (72 % en 1996-1997 versus 65 % entre 1990 et 1995 et 58 % avant 1990 -  $p = 0,008$ ), ils paraissent également moins immunodéprimés, avec une proportion de sujets ayant un taux de lymphocytes CD4  $> 500/\text{mm}^3$  à l'inclusion en augmentation (38 % en 1996-1997 contre 23 % en 1990-1995).

1. Groupe d'Épidémiologie Clinique du SIDA en Aquitaine (GECSA), INSERM U330, Université Victor Segalen Bordeaux 2, 146, rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux Cedex.  
2. Centre d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine (CISIH), Centre Hospitalier Universitaire, Bordeaux.



et 20 % avant 1990 -  $p < 10^{-4}$ ) ; alors que dans le même temps, on a observé une diminution de la proportion de sujets ayant un taux de  $CD4 \leq 100/mm^3$  (19 % en 1996-1997 contre 25 % en 1990-1995 et 31 % avant 1990). Toutefois, la proportion de sujets inclus au stade C est restée stable au cours du temps, autour de 20 %.

Les sujets homo/bisexuels avec antécédent de test négatif ( $N = 284$ ) représentent un peu plus de 16 % de l'échantillon étudié. Ces sujets sont rapidement vus à l'hôpital après leur diagnostic sérologique (délai médian d'inclusion : 29 jours *versus* 196 jours pour les autres -  $p < 10^{-4}$ ). Ils ont tendance à effectuer plus fréquemment un test diagnostique en raison d'un comportement à risque (74 % *versus* 71 %). Ils sont également plus souvent asymptomatiques (87 % *versus* 58 % -  $p < 10^{-3}$ ). De plus, ils présentent plus rarement une affection liée au VIH, soit classante SIDA (2 % *versus* 6 % -  $p = 0,001$ ), soit non classante SIDA (14 % *versus* 17 % -  $p = 0,013$ ).

## DISCUSSION

Contrairement à ce qui a pu être observé depuis plusieurs années chez les toxicomanes [4], le nombre corrigé de nouveaux diagnostics de séropositivité chez les sujets homo/bisexuels ne diminue pas en Aquitaine. Cette étude montre également que les homo/bisexuels dont l'infection par le VIH a été diagnostiquée entre 1996 et 1997 déclarent plus de comportements à risque que ceux qui ont été diagnostiqués avant. Toutefois, ces sujets semblent conscients de ce risque et réalisent des tests diagnostiques répétés.

Nous avons constaté que les sujets diagnostiqués sur la période 1996-1997 sont inclus à un stade plus précoce de la maladie et donc peut-être contaminés depuis peu. Il faut, cependant, considérer ce résultat avec prudence car il peut être la résultante de diagnostics réalisés chez des sujets progressant moins vite dans leur infection et contaminés il y a plusieurs années. Ce phénomène pourrait également être expliqué par la connaissance, par ces sujets se sachant à risque, de l'évolution dans la prise en charge des patients et notamment des progrès thérapeutiques. Ce qui pourrait les inciter à la fois à un dépistage et à une prise en charge précoces. On constate d'ailleurs que c'est dans cette période 1996-1997 que se situe

la plus grande proportion de patients ayant des antécédents de tests négatifs.

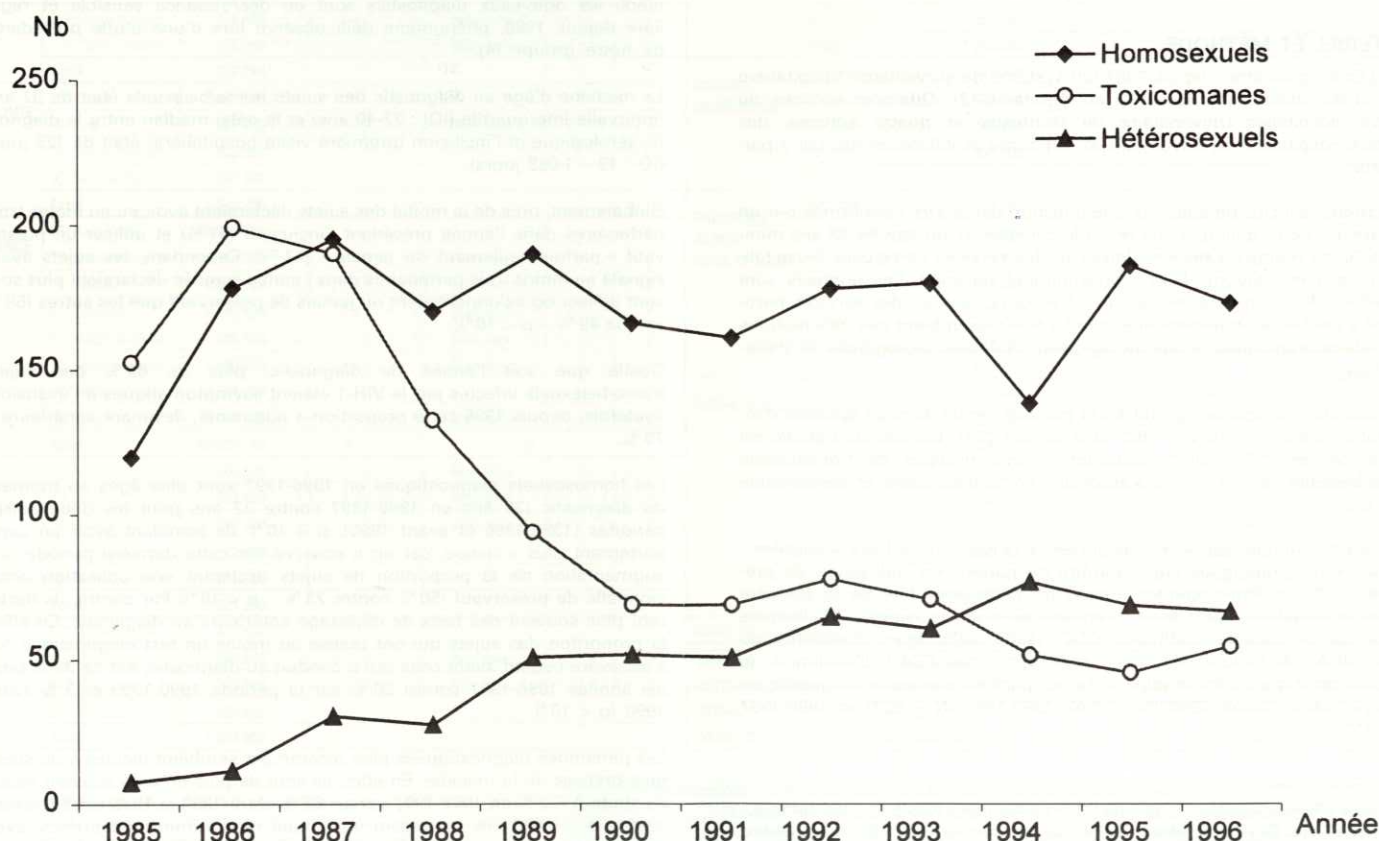
Les variables relatives aux comportements sexuels des sujets étudiés étaient moins bien renseignées avant 1990 qu'après, ce qui constitue un biais d'information. Ces données (nombre de partenaires, utilisation de préservatifs) ne sont par ailleurs recueillies que pour la période des 12 mois précédant l'inclusion et peuvent donc correspondre pour un sujet donné soit à la période précédant la contamination, soit à la période suivant celle-ci, voire se situer après la connaissance du diagnostic de séropositivité. Ce qui limite les conclusions que l'on peut en tirer sur les risques effectivement pris par les patients vis-à-vis de la contamination.

Le groupe de contamination représenté par les sujets homo/bisexuels reste prédominant chez les hommes au sein du système d'information GECSA-DMI2. Ce système n'est peut-être pas représentatif de l'ensemble des sujets contaminés de la région, cependant il est relativement exhaustif concernant les patients qui y sont diagnostiqués. Plus de 85 % des sujets diagnostiqués dans la région y sont inclus à plus ou moins longue échéance, comme le confirment les données du réseau Aquitain de laboratoires resors-VIH [5].

Le nombre de nouveaux diagnostics de séropositivité VIH-1 semble stable depuis dix ans chez les homo/bisexuels en Aquitaine. L'incitation au diagnostic et à la prise en charge ont pu introduire un biais sur les résultats observés. En effet, le nombre de tests positifs peut être resté stable du fait d'une multiplication de tests sur une population à risque qui elle a pu diminuer, ce que nous n'avons pu mesurer.

En l'état, nos résultats sont en faveur d'une stabilité de la prise de risque dans la population homo/bisexuelle en Aquitaine. Si ces observations se confirmaient, cela pourrait traduire un défaut du dispositif de prévention et surtout de son acceptation au sein de la population homosexuelle en Aquitaine. Il serait peut-être alors envisageable de réaliser des études complémentaires plus ciblées sur ce groupe de contamination en relation avec les acteurs de terrain afin d'étudier notamment les circonstances et motivations de la pratique répétée de tests de dépistage et de réorienter ensuite les actions d'information et de prévention.

Figure 1 - Répartition du nombre de sujets diagnostiqués séropositifs pour le VIH-1 par groupe de transmission et par année de diagnostic (données estimées)





## BIBLIOGRAPHIE

- [1] Réseau National de Santé publique. Surveillance du SIDA en France. Situation au 31 décembre 1997. Bull. Épidém. Heb. 1998, (9) : 33-39.
- [2] MARIMOUTOU C., CHÈNE G., DABIS F., LACOSTE D., SALAMON R., pour le Groupe d'Épidémiologie Clinique du Sida en Aquitaine. Dix ans d'expérience d'un système d'information hospitalier, 1985-1995. Presse Med. 1997, 26 : 703-10.
- [3] ALIOUM A., COMMENGES G. A direct approach for correcting AIDS incidence : variance formula and comparison with other methods. Stat Med 1995, 14 : 27-38.
- [4] LACOSTE D., MARIMOUTOU C., DABIS F., GARROS B., RENAUD F. et le GECSA. Décroissance de l'incidence de l'infection à VIH chez les toxicomanes intraveineux en Aquitaine : 1985-1993. Presse Méd. 1996, 25 : 1018-22.
- [5] Observatoire Régional de la Santé d'Aquitaine. L'épidémie de SIDA en Aquitaine, bilan 1997 des données régionales. Bordeaux : ORSA, 1997, 4 p.

# INFORMATION

## VIENNENT DE PARAÎTRE :

### Indications et contre-indications des transfusions de produits sanguins labiles – Recommandations pour la pratique clinique

publié conjointement par l'Agence française du sang et l'Agence Nationale d'Accréditation et l'Évaluation en Santé  
disponible aux éditions EDK, 10 villa d'Orléans, 75014 PARIS..  
Tél. : 01.40.64.27.49.

### Rapport sur l'activité de transfusion sanguine, août 1996-décembre 1997

présenté par l'Agence française du sang  
disponible à la Documentation française, 29-31 quai Voltaire, 75344 Paris cedex 07, Tél. : 01.40.15.70.00 – Fax : 01.40.15.72.30,  
<http://www.ladocfrancaise.gouv.fr>

Ce rapport sur l'activité de transfusion sanguine, présenté par l'Agence française du sang, présente outre les statistiques de l'année 1997, toutes les activités marquantes de la période août 1996

à décembre 1997. Ce décalage chronologique vise à faire le lien avec les deux précédents rapports, *Rapport sur l'activité de transfusion sanguine, juillet 1995-juillet 1996*, et *Rapport sur l'activité de transfusion sanguine, cahier statistique 1996*.

L'année 1997 a été marquée par une tendance nouvelle et heureuse à la stabilisation de la collecte de sang total et par un redressement sensible de la situation financière des établissements.

De nouveaux développements médico-techniques telle la déleucocytation ou la constitution de la banque de cordon placentaire témoignent de la volonté constante de l'Agence française du sang et des établissements de transfusion sanguine de renforcer sans cesse la sécurité transfusionnelle et de promouvoir la recherche dans l'intérêt des malades.

La profonde réorganisation du secteur de la transfusion engagée depuis la loi du 4 janvier 1993 rend possible aujourd'hui la nouvelle étape voulue par le gouvernement et la représentation nationale, avec la création par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1998, du nouvel établissement français du sang.



RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1995	Typho./Paratypho.	SIDA	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	T.I.A.C.	Botulisme	Légionellose	Poliomyélite	RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1995	Typho./Paratypho.	SIDA	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	T.I.A.C.	Botulisme	Légionellose	Poliomyélite								
ALSACE	67 Rhin (Bas-)	994 100											LIMOUSIN	19 Corrèze	236 300																		
	68 Rhin (Haut-)	695 700						2		1				23 Creuse	127 100	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///	///							
	Total	1 689 800						2		1				87 Vienne (Haute-)	355 500																		
AQUITAINE	24 Dordogne	388 700											LORRAINE	Total	718 900																		
	33 Gironde	1 263 500							1					54 Meurthe-et-Mos.	716 200						1												
	40 Landes	318 300												55 Meuse	194 000						1			1									
	47 Lot-et-Garonne	303 600	///	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///		57 Moselle	1 015 900	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///	///							
	64 Pyrénées-Atlant.	592 200		1	1									88 Vosges	385 400							1											
Total	2 866 300		1	1					1				Total	2 311 500							2	1		1									
AUVERGNE	03 Allier	352 500						2		1			MIDI-PYRÉNÉES	09 Ariège	136 600	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///	///							
	15 Cantal	155 200						1						12 Aveyron	266 700																		
	43 Loire (Haute-)	206 600												31 Garonne (Hte-)	990 700		6			1		1											
	63 Puy-de-Dôme	601 100						2						32 Gers	172 300									1									
Total	1 315 400							5		1			46 Lot	157 000	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///	///								
BOURGOGNE	21 Côte-d'Or	507 300	///	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///		65 Pyrénées (Htes-)	224 000							1											
	58 Nièvre	230 400	///	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///		81 Tarn	341 700				2														
	71 Saône-et-Loire	554 800						1						82 Tarn-et-Gar.	205 200	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///	///							
	89 Yonne	331 400						1						Total	2 494 200		6			2	1	1	1		1								
Total	1 623 900							2					NORD-PAS-DE-CALAIS	59 Nord	2 556 800	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///	///							
BRETAGNE	22 Côtes-d'Armor	536 600		1				2						62 Pas-de-Calais	1 438 000	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///	///							
	29 Finistère	840 600						4						Total	3 994 800																		
	35 Ille-et-Vilaine	836 700	///	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	NORMANDIE (BASSE)	14 Calvados	633 800																		
56 Morbihan	633 000						1					50 Manche		484 100							1												
Total	2 846 900		1					7				61 Orne		294 700		1					1												
CENTRE	18 Cher	321 100	///	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	NORMANDIE (HAUTE)	Total	1 412 600		1				2												
	28 Eure-et-Loir	410 000	///	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///		27 Eure	535 400																		
	36 Indre	234 400						2						76 Seine-Maritime	1 241 500			1				1	1										
	37 Indre-et-Loire	545 800						1					Total	1 776 900			1				1	1											
	41 Loir-et-Cher	312 500	///	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	PAYS DE LA LOIRE	44 Loire-Atlant.	1 089 400		1				1												
45 Loiret	609 300			1		2						49 Maine-et-Loire		721 200							4	1											
Total	2 433 100			1		5						53 Mayenne		281 900			1					1											
CHAMPAGNE-ARDENNE	08 Ardennes	292 000											PICARDIE	72 Sarthe	521 600																		
	10 Aube	293 100	///	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///		85 Vendée	525 700	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///	///							
	51 Marne	567 300		2										Total	3 139 800		1	1				5	2										
	52 Marne (Haute-)	200 100	///	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	02 Aisne	539 500	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///	///								
Total	1 352 500		2										60 Oise	762 700	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///	///								
CORSE	2 A Corse-du-Sud	124 400	///	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	POITOU-CHARENTES	80 Somme	553 100	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///	///							
	2 B Corse (Haute-)	135 300	///	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///		Total	1 855 300																		
FRANCHE-COMTE	Total	259 700											PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	16 Charente	341 200							1											
	25 Doubs	494 100												17 Charente-Mar.	540 700																		
	39 Jura	252 100	///	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///		79 Sèvres (Deux-)	346 800																		
	70 Saône (Haute-)	229 900						2		2				86 Vienne	390 400			1				5											
	90 Terr. de Belfort	137 100												Total	1 619 100			1				6											
Total	1 113 200							2		2			RHÔNE-ALPES	04 Alpes-Hte-Prov.	138 800																		
ÎLE-DE-FRANCE	75 Paris (Ville)	2 130 900		8	1			22		1				05 Alpes (Hautes-)	118 800																		
	77 Seine-et-Marne	1 179 300	///	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///		06 Alpes-Marit.	1 011 100	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///	///							
	78 Yvelines	1 367 700	///	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///		13 B.-du-Rhône	1 797 000	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///	///							
	91 Essonne	1 145 900	///	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///		83 Var	872 900							3											
	92 Hauts-de-Seine	1 405 300	///	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	84 Vaucluse	489 600																			
	93 Seine-St-Denis	1 405 500	///	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	Total	4 428 200							3												
	94 Val-de-Marne	1 234 700						11					RHÔNE-ALPES	01 Ain	500 400	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///	///							
95 Val d'Oise	1 108 400	///	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	07 Ardèche		282 900	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///	///								
Total	10 977 700		8	1				33		1		26 Drôme		426 800																			
LANGUEDOC-ROUSSILLON	11 Aude	305 300	///	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///		38 Isère	1 064 600	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///	///							
	30 Gard	607 100	///	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///		42 Loire	748 500	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///	///							
	34 Hérault	859 900	///	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	69 Rhône	1 561 900	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///	///								
	48 Lozère	72 800											73 Savoie	366 800	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///	///								
	66 Pyrénées-Orient.	376 200						1					74 Savoie (Haute-)	617 300	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///	///								
Total	2 221 300							1				Total	5 569 200																				
FRANCE OUTRE-MER	971 Guadeloupe	417 000			1			1					TOTAL DE LA SEMAINE FRANCE MÉTROPOLITAINE													20	6	2	1	77	6		7
	972 Martinique	384 000	///	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	FRANCE MÉTROPOLITAINE	47 premières semaines de 1998	143	1 693	386	42	17	5 564	446	13	351										
	973 Guyane	146 000	///	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///		Total : 59 631 300	47 premières semaines de 1997	132	2 642	340	86	17	6 137	332	8	156									
	974 Réunion	654 000		1																													
	Total	1 601 000		1	1			1																									