



ENQUÊTE

INFECTIONS À VIH, VHC ET VHB CHEZ LES RÉSIDENTS DES CENTRES DE SOINS SPÉCIALISÉS POUR TOXICOMANES AVEC HÉBERGEMENT

1993-1998

C. Six, F. Hamers, J.-B. Brunet

(Centre Européen pour la Surveillance Épidémiologique du SIDA - Saint-Maurice) et les correspondants des CSSTH.

INTRODUCTION

Une enquête semestrielle a été réalisée de 1993 à 1998 dans les Centres Spécialisés de Soins pour Toxicomanes avec Hébergement (CSSTH) qui accueillent les toxicomanes après sevrage ou, depuis récemment, sous traitement de substitution. Les objectifs de l'enquête étaient de décrire les caractéristiques démographiques et de toxicomanie des résidents des CSSTH, d'estimer les tendances de prévalence du VIH, du VHC (depuis 1996) et du VHB et la couverture vaccinale du VHB (depuis 1997) ainsi que l'évaluation de l'importance et de l'évolution de la prise en charge médicale de l'infection par le VIH. Les résultats détaillés des dix vagues d'enquête, allant du 2^e semestre 1993 au 1^{er} semestre 1998 ont fait l'objet d'un rapport dont cet article présente la synthèse [1].

POPULATION ET MÉTHODE

La population est constituée des résidents des CSSTH (hébergement collectif, appartement thérapeutique, appartement-relais et appartement de coordination thérapeutique) au niveau national. La méthode a été décrite précédemment [2]. En résumé, un questionnaire, destiné au recueil de données individuelles et anonymes, a été envoyé semestriellement à chaque CSSTH. Les variables recueillies comprenaient des informations démographiques, des informations relatives à la toxicomanie, au dépistage VIH, VHC et VHB, ainsi qu'au statut vaccinal pour le VHB (minimum de 2 doses), et enfin des informations cliniques pour les sujets séropositifs pour le VIH. Ce questionnaire a été rempli par le personnel des CSSTH, d'après les informations fournies par les résidents eux-mêmes. Les prévalences déclarées ont été calculées comme suit : pour le VIH et le VHC, le numérateur est constitué des résidents usagers de drogue injectable (UDI) déclarant (ou ayant sur base de dossier médical) un test positif, le dénominateur étant constitué par les résidents déclarant avoir (ou ayant sur base de dossier médical) été testés pour le virus étudié. Pour la prévalence du VHB, le numérateur est constitué des résidents déclarant une sérologie positive suite à une infection par le VHB, le dénominateur étant constitué par les résidents

déclarant avoir eu une sérologie et ceux ayant été vaccinés contre le VHB. Pour la couverture vaccinale du VHB, le numérateur est constitué des résidents déclarant avoir reçu au minimum 2 doses du vaccin, le dénominateur étant constitué par tous les résidents. Les taux annuels de mortalité ont été calculés en divisant le nombre de décès par le nombre de résidents.

RÉSULTATS

Population étudiée

Le nombre de CSSTH a doublé au cours des 5 années d'enquête (de 63 à 125) ainsi que le nombre de résidents (de 1071 à 2062) et le taux de participation des CSSTH (de 85 % à 99 %) a été excellent surtout lors des 3 derniers semestres où il était presque exhaustif. 73 % des résidents étaient des hommes et ils étaient légèrement plus âgés (médiane des âges supérieure d'un an) que les femmes. La population des CSSTH a subi un vieillissement au cours des 5 années de l'enquête, l'âge médian étant passé de 27 ans à 29 ans. La proportion des UDI a diminué de 91 % à 80 % au cours des 10 semestres. La durée médiane de toxicomanie variait de 7 à 10 années et celle par voie injectable de 5 à 8 années selon les semestres, l'année d'entrée dans la toxicomanie précédant de 1 à 3 ans l'année de première injection.

Infections à VIH, à VHC et à VHB

La proportion d'UDI déclarant un résultat de test VIH était de 94 % sur l'ensemble des 5 années d'étude (pas de tendance significative au cours du temps). La prévalence du VIH a diminué notablement au cours du temps, passant de 26 % en 1993 à 15 % en 1998 chez les femmes et de 21 % en 1993 à 13 % en 1998 chez les hommes. Pour l'ensemble des UDI, la baisse de prévalence du VIH a été observée pour tous les âges quel que soit le sexe, à l'exception des femmes de 35 ans et plus (Tab. 1). La prévalence augmente avec le nombre d'années de pratique d'injection (environ 30 % pour ceux qui avaient débuté avant 1983 et 4 % pour ceux qui

Tableau 1. Séropositivité VIH déclarée par les UDI résidant en CSSTH, par sexe, âge et année, 1993-1998.

| | 1993* | | 1997† | | 1997† | | 1997† | | 1997† | | 1998‡ | | Total | |
|---------------|-------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|----------|
| | N | % VIH(+) |
| Hommes | | | | | | | | | | | | | | |
| < 25 ans | 137 | (4,4) | 258 | (1,6) | 338 | (3,6) | 358 | (2,0) | 373 | (1,6) | 160 | (2,5) | 1624 | (2,4) |
| 25-34 ans | 458 | (24,5) | 1004 | (19,6) | 1225 | (14,0) | 1389 | (11,8) | 1545 | (12,2) | 790 | (12,7) | 6411 | (14,6) |
| ≥ 35 ans | 42 | (38,1) | 128 | (37,5) | 182 | (23,1) | 259 | (29,0) | 375 | (26,1) | 217 | (23,0) | 1203 | (27,3) |
| Total | 637 | (21,0) | 1390 | (17,9) | 1745 | (12,9) | 2006 | (17,2) | 2293 | (12,8) | 1167 | (13,2) | 9238 | (14,1) |
| Femmes | | | | | | | | | | | | | | |
| < 25 ans | 73 | (6,8) | 166 | (9,0) | 203 | (7,4) | 195 | (6,2) | 176 | (2,3) | 88 | (3,4) | 901 | (6,0) |
| 25-34 ans | 154 | (33,8) | 347 | (27,4) | 437 | (24,9) | 447 | (24,2) | 478 | (20,5) | 227 | (15,0) | 2090 | (23,7) |
| ≥ 35 ans | 16 | (31,3) | 36 | (19,4) | 46 | (17,4) | 65 | (16,9) | 87 | (25,3) | 55 | (32,7) | 305 | (23,3) |
| Total | 243 | (25,5) | 549 | (21,3) | 686 | (19,2) | 707 | (18,5) | 741 | (16,7) | 370 | (14,9) | 3296 | (18,8) |
| Total | | | | | | | | | | | | | | |
| < 25 ans | 210 | (5,2) | 424 | (4,5) | 541 | (5,0) | 553 | (3,4) | 549 | (1,8) | 248 | (2,8) | 2525 | (3,7) |
| 25-34 ans | 612 | (28,8) | 1351 | (21,6) | 1662 | (16,8) | 1836 | (14,8) | 2023 | (14,2) | 1017 | (13,2) | 8501 | (16,8) |
| ≥ 35 ans | 58 | (36,2) | 164 | (33,5) | 228 | (21,9) | 324 | (26,5) | 462 | (26,0) | 272 | (25,0) | 1508 | (26,5) |
| Total | 880 | (22,3) | 1939 | (18,9) | 2431 | (14,7) | 2713 | (17,6) | 3034 | (13,4) | 1537 | (13,6) | 12534 | (15,3) |

Tableau excluant les résidents dont l'âge est inconnu (n = 1 au 1/93, n = 2 au 1/94, n = 1 au 11/94, n = 2 au 1/95 et au 1/96, n = 1 au 1/97, n = 2 au 11/97 et n = 1 au 1/98). * juillet à décembre ; † janvier à décembre ; ‡ janvier à juin.



avaient débuté entre 1990 et 1992). Au cours du temps, on a observé une baisse significative de la prévalence du VIH parmi les UDI qui avaient commencé à s'injecter depuis moins de 5 ans (de 8 % en 1993 à 1,4 % en 1998).

La proportion d'UDI déclarant un résultat de test VHC était globalement de 87 %, avec une tendance croissante au cours du temps, de 83 % en 1996 à 90 % en 1998. La prévalence du VHC, similaire pour les hommes et les femmes, se situait aux alentours de 62 % et n'a pas varié de manière significative au cours du temps. Pour le VHC, 76 % des plus de 35 ans et 42 % des moins de 25 ans étaient séropositifs (Tab. 2). La prévalence augmente en fonction du nombre d'années depuis la 1^{re} injection (42 % pour ceux qui avaient débuté entre 1993 et 1995 et supérieure à 73 % pour ceux qui avaient débuté avant 1987). Près d'un tiers des UDI sont contaminés au cours des 2 premières années d'injection.

Tableau 2. Séropositivité VHC déclarée par les UDI résidant dans les CSSTH par sexe, âge et année, 1993-1998.

| | 1996 [†] | | 1997 [†] | | 1998 [‡] | | Total | |
|---------------|-------------------|----------|-------------------|----------|-------------------|----------|-------|----------|
| | N | % VHC(+) | N | % VHC(+) | N | % VHC(+) | N | % VHC(+) |
| Hommes | | | | | | | | |
| < 25 ans | 344 | (40,1) | 182 | (42,8) | 155 | (44,5) | 868 | (42,0) |
| 25-34 ans | 1282 | (63,7) | 735 | (84,2) | 762 | (64,8) | 3526 | (64,2) |
| ≥ 35 ans | 169 | (75,4) | 149 | (76,5) | 203 | (76,8) | 759 | (76,3) |
| Total | 1124 | (60,8) | 1066 | (62,4) | 1120 | (64,2) | 5153 | (62,2) |
| Femmes | | | | | | | | |
| < 25 ans | 77 | (43,5) | 89 | (48,2) | 83 | (33,7) | 429 | (42,7) |
| 25-34 ans | 260 | (84,4) | 242 | (64,0) | 222 | (64,4) | 1082 | (64,2) |
| ≥ 35 ans | 44 | (73,3) | 39 | (75,0) | 51 | (80,4) | 187 | (75,9) |
| Total | 381 | (59,4) | 370 | (60,9) | 356 | (59,6) | 1698 | (60,1) |
| Total | | | | | | | | |
| < 25 ans | 215 | (41,3) | 271 | (43,9) | 238 | (40,8) | 1297 | (42,3) |
| 25-34 ans | 1077 | (63,9) | 977 | (64,1) | 984 | (64,7) | 4608 | (64,2) |
| ≥ 35 ans | 213 | (75,0) | 188 | (76,2) | 254 | (77,6) | 946 | (76,2) |
| Total | 1505 | (60,4) | 1436 | (62,1) | 1476 | (63,1) | 6851 | (61,7) |

Tableau excluant les résidents dont l'âge est inconnu (n = 1 au 1/96, n = 1 au 1/97 et n = 2 au 11/97).

[†] janvier à décembre ; [‡] janvier à juin.

Parmi les UDI, la proportion qui déclaraient être co-infectés par les 2 virus était de 10 %, celle d'avoir été infectés par le VIH uniquement de 2 %, par le VHC uniquement de 48 %, et celle de n'avoir été infectés par aucun des 2 virus de 41 %.

Sur les 2 semestres pour lesquels l'information était disponible, la proportion des UDI déclarant un résultat de test VHB était de 69 %. La proportion d'UDI déclarant avoir fait une hépatite B était de 21 % et on n'a pas observé de différence par sexe. Cette proportion était d'environ 41 % chez les UDI de 35 ans et plus et de 8 % chez ceux de moins de 25 ans. La couverture vaccinale pour le VHB était de 28 % (pour 35 % des UDI, cette information n'était pas disponible) et était plus élevée chez les moins de 25 ans (36 %) que chez les 35 ans et plus (17 %) (Tab. 3). Si l'on compare la population des UDI aux non-UDI, la couverture vaccinale des ces derniers était nettement plus élevée (39 %) (données non présentées). La proportion de résidents « susceptibles » de faire une hépatite B (ceux qui n'étaient pas protégés soit par une infection naturelle, soit par vaccination) était de 42 %.

Tableau 3. Couverture vaccinale du VHB déclarée par les UDI résidant en CSSTH, par sexe, par âge 1997-1998.

| | UDI | | | |
|---------------|-------------------|----------|-------------------|----------|
| | 1997 [†] | | 1998 [‡] | |
| | N | % VHB(+) | N | % VHB(+) |
| Hommes | | | | |
| < 25 ans | 206 | (36,4) | 178 | (30,3) |
| 25-34 ans | 843 | (28,1) | 842 | (29,5) |
| ≥ 35 ans | 206 | (19,4) | 231 | (16,5) |
| Total | 1255 | (28,0) | 1251 | (27,2) |
| Femmes | | | | |
| < 25 ans | 97 | (45,4) | 92 | (34,8) |
| 25-34 ans | 244 | (22,1) | 243 | (32,5) |
| ≥ 35 ans | 45 | (13,3) | 57 | (12,3) |
| Total | 386 | (26,9) | 392 | (30,1) |
| Total | | | | |
| < 25 ans | 303 | (39,3) | 270 | (31,9) |
| 25-34 ans | 1087 | (26,8) | 1085 | (30,1) |
| ≥ 35 ans | 251 | (18,3) | 288 | (15,6) |
| Total | 1641 | (27,8) | 1643 | (27,9) |

Tableau excluant les résidents dont l'âge est inconnu (n = 4 au 11/97 et n = 3 au 1/98).

[†] juillet à décembre ; [‡] janvier à juin.

Importance et évolution de la prise en charge médicale de l'infection par le VIH

Environ 90 % des résidents infectés par le VIH sont suivis médicalement et 20 % ont été hospitalisés ; ces proportions sont restées stables au cours du temps. Par contre, les hospitalisations de jour en service spécialisé pour le VIH ont augmenté d'abord progressivement (de 8 % en 1994 à 24 % en 1997) et puis brutalement en 1998 (57 %). La proportion de symptomatiques parmi les résidents infectés par le VIH est d'environ 45 % sans tendance particulière au cours du temps et peut varier de 0 % à 100 % selon les centres. Parmi les résidents séropositifs dont les T4 sont connus, le nombre médian de T4 augmente progressivement au cours du temps (de 250 T4/mm³ en 1993 à 383 T4/mm³ en 1998) avec une hausse nette à partir de 1996. La proportion des résidents séropositifs qui reçoivent un ou plusieurs traitements médicamenteux pour l'infection à VIH se situe aux alentours de 50 % en 1996, puis augmente jusqu'à 77 % en 1998. Parallèlement, la proportion de sujets séropositifs prenant un traitement antirétroviral au cours de leur séjour en CSSTH est d'environ 40 % jusque 1996, puis augmente à 67 % en 1998. Cette augmentation est particulièrement importante chez les séropositifs asymptomatiques, environ 20 % sont traités jusqu'en 1996 et 58 % en 1998.

Mortalité

Le taux annuel de décès, toutes causes confondues, a diminué de 1,3 % à 0,3 % au cours des 5 années. Sur l'ensemble des résidents, l'overdose était la cause principale de décès. Les taux de mortalité par overdose sont assez similaires chez les séropositifs (0,3 %) et chez les autres résidents (0,25 %) et ont globalement baissé de 0,7 % à 0,15 % au cours des 5 années. Cependant, le VIH est la cause principale des décès chez les séropositifs avec toutefois une diminution de ce taux au cours des 5 années (de 2,0 % à 0,5 %).

DISCUSSION

Une limite importante de cette enquête provient du fait que les résultats sont basés sur la déclaration des résidents et non pas sur des résultats de sérologie. De plus, certains résultats de tests négatifs peuvent être considérés comme incertains (tests anciens ou à date inconnue). Cependant, une étude comparant les connaissances des toxicomanes à propos de leur statut sérologique et de leur statut réel, menée par l'Observatoire Régional de la Santé en Midi-Pyrénées en 1996, avait démontré une bonne fiabilité de la connaissance du statut sérologique VIH chez les UDI mais une sous-estimation de la connaissance de la séropositivité du VHC [3]. Dans notre enquête, on a observé une stabilité de la connaissance de résultat du test VIH et une augmentation de cette connaissance pour le VHC au cours des semestres. Une autre limite de cette étude est due au fait qu'elle porte sur une population ayant recours aux structures résidentielles de soins pour toxicomanes, qui ne peut être considérée comme représentative de l'ensemble des toxicomanes.

La baisse de prévalence du VIH pourrait être expliquée par des modifications de critères d'admission dans les CSSTH et des changements de populations liés à l'évolution des pratiques d'administration des produits entraînant une baisse de contamination et à la mortalité élevée des toxicomanes séropositifs qui n'ont pas été remplacés par des toxicomanes nouvellement infectés. En France, l'incidence du VIH chez les UDI avait atteint un pic vers 1985 [4] ; on dispose cependant de peu d'éléments permettant d'évaluer la transmission actuelle. Les prévalences du VIH et du VHC chez les moins de 25 ans et celles chez les injecteurs récents témoignent de l'existence de nouvelles contaminations. Pour le VHC, ils étaient un tiers à avoir été contaminés au cours de leurs 2 premières années de pratiques d'injection.

Alors que les prévalences du VHC et du VHB étaient similaires pour les 2 sexes, celle du VIH était plus élevée chez les femmes que chez les hommes, ce qui pourrait partiellement s'expliquer par le fait que le taux de transmission du VIH est plus élevé dans le sens homme-femme que femme-homme.

La proportion beaucoup plus élevée d'UDI infectés par le VHC que par le VIH, en particulier parmi les injecteurs récents a montré le maintien d'un risque très important de contamination par le VHC essentiellement lié à la transmissibilité du VHC et aux pratiques de consommation des produits. Cette situation doit également être mise en relation avec la prévalence élevée du VHC qui implique un risque beaucoup plus grand qu'un partenaire avec qui on partage du matériel d'injection soit infecté par le VHC. De plus, des études ont montré que les changements de comportements en matière de partage des seringues seraient plus importants chez les toxicomanes infectés par le VIH connaissant leur statut sérologique que chez les autres, cette connaissance étant plus précise et plus ancienne pour le VIH que pour le VHC et la perception de la gravité de ces deux infections étant très différente [5].

Comme il a été évoqué précédemment, la contamination rapide des nouveaux injecteurs par le VHC a déjà été démontrée dans de nombreuses études provenant de divers pays [6]. Il faut donc s'intéresser aux caractéristiques individuelles et sociales des jeunes UDI lorsqu'ils commencent à consommer et s'injecter des produits, connaître mieux les différents stades de leur initiation et de leur parcours et les risques de contamination qu'ils encourrent.

La couverture vaccinale des UDI pour le VHB était de 28 %. Cette couverture était nettement inférieure à celle de la population générale française (38 % en

1997) [7]. En outre, elle était nettement inférieure chez les UDI que chez les non-UDI. Les populations les plus à risque étaient donc les moins bien vaccinées.

La prise en charge des résidents séropositifs requiert une adaptation des tâches ayant des répercussions sur la charge de travail et la nature de l'activité des centres, en particulier dans les centres où la prévalence de l'infection chez les résidents est élevée. Les décès dus au Sida ont diminué, les proportions d'hospitalisations se sont maintenues, les proportions des suivis des patients dans le cadre hospitalier ont augmenté, celles des patients sous traitement ont également augmenté et l'état des patients s'est amélioré (appréhendé sous la forme de présence de symptômes ou non et du nombre de T4). Certains CSSTH ont ouvert des appartements de coordination thérapeutique adaptés aux toxicomanes infectés par le VIH pour une meilleure prise en charge de leur maladie. Globalement, on observe une évolution dans cette prise en charge allant dans le sens d'une diffusion des nouvelles thérapeutiques amenant elles aussi leur complexité.

CONCLUSION

En conclusion, les prévalences du VIH et en particulier du VHC chez les jeunes injecteurs incite à renforcer les actions de prévention et à susciter une plus grande sensibilisation vis-à-vis des risques élevés de contamination par ces virus, et en particulier par le VHC dont la très forte prévalence chez les UDI entraînent une probabilité élevée de contact avec le virus. Cette étude souligne le besoin de développer une meilleure connaissance du risque de transmission du VHC y compris des réseaux sociaux et des pratiques de toxicomanie, afin de connaître mieux la dynamique de cette épidémie et d'améliorer les stratégies de prévention.

Compte tenu des nouvelles avancées en matière de traitements précoce pour le VIH et le VHC, il est très important de proposer aux résidents de se faire tester. Il reste également à s'assurer que le suivi thérapeutique des résidents infectés par le VIH soit de plus en plus précoce et bien adapté afin de leur assurer une meilleure survie.

En outre, la vaccination contre le VHB n'a apparemment touché qu'une petite partie des toxicomanes, qui apparaissent moins bien vaccinés que la popula-

tion générale. Il est donc important de proposer la vaccination aux résidents au cours de leur séjour.

REMERCIEMENTS

Nous remercions de leur participation active toutes les équipes des CSSTH et F. Rigoni (Centre Européen pour la Surveillance Épidémiologique du SIDA).

BIBLIOGRAPHIE

- [1] C.E.S.E.S. - C. Six, F. Hamers, J.B. Brunet. – Enquête semestrielle sur les infections à VIH, VHC et VHB chez les résidents des Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes avec Hébergement. – Rapport global sur les 10 semestres d'enquête, juillet 1993 à juin 1998.
- [2] C. Six, R. Ancelle-Park, J.B. Brunet *et al.* – L'infection à VIH chez les résidents des centres de soins spécialisés pour toxicomanes avec hébergement (Juillet – décembre 1993). – *BEH* 1995, 5 : 17-18.
- [3] Bello P.Y., Pasquier C., Gourney P. et le GREATT – Prévalence de la contamination par le VIH et le virus de l'hépatite C et identification de facteurs de risques associés chez des usagers de drogue de Toulouse. – *BEH* 1998, 20 : 81-83.
- [4] Downs A.M., Heisterkamp S.H., Brunet J.B., Hamers FF – Reconstruction of the HIV/AIDS epidemic among adults in the European Union and in the low prevalence countries of central and eastern Europe. *AIDS* 1997.
- [5] I.R.E.P. – Etude multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face au risque de contamination par le VIH et les virus de l'hépatite. – Décembre 1996.
- [6] Emmanuelli J. – Incidence et facteurs de risques associés au VHC chez les usagers de drogue. – Transcriptase, septembre 1998, 68.
- [7] Observatoire de la Vaccination contre l'hépatite B Smithkline Beecham laboratoires pharmaceutiques. – Le bilan au 31 décembre 1997 – Unité Vaccins et SOFRES Médical.

Du fait de mouvements de protestation des médecins inspecteurs de santé publique et d'autres catégories de personnel du Ministère chargé de la santé, les relevés hebdomadaires de déclarations obligatoires de maladies ne sont pas transmises par les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales.

Dans ces conditions, la publication des données relatives à la situation épidémiologique hebdomadaire des maladies transmissibles est momentanément suspendue.

Directeur de la publication : Pr J. DRUCKER – **Rédactrice en chef :** Dr Corinne LE GOASTER – **Présidente du comité de lecture :** Pr Elisabeth BOUVET – **Rédaction :** Drs Rosemary ANCELLE-PARK, Ellen IMBERNON, Martine LE QUELLEC-NATHAN, Daniel LEVY-BRULH, Florence LOT, Véronique VAILLANT.

Secrétaire de rédaction : Sonia ORTIZ – Institut de Veille Sanitaire 12, rue de Val d'Osne, 94415 Saint-Maurice Cedex Tél. : 01 41 79 67 18 – Fax. : 01 41 79 68 40 – @-mail : s.ortiz@rnsp-sante.fr

Diffusion : LA DOCUMENTATION FRANÇAISE – Service abonnements
124, rue Henri-Barbusse, 93308 AUBERVILLIERS CEDEX (France)

Tél. : 01 40 15 70 00 – Télécopie : 01 40 15 68 00

Tarif 1999 – France : 46,00 € – 301,74 FF TTC, Europe : 51,50 € – 337,82 FF TTC
DOM/TOM et Pays R.P. (Régime Particulier : Pays de la Zone francophone de l'Afrique

[hors Maghreb] et de l'Océan Indien), avion économique : 50,00 € – 327,98 FF HT
Autres pays, avion économique : 53,00 € – 347,66 FF HT ; suppl. par avion rapide : 3,80 € – 24,93 FF HT.