



LE POINT SUR LE SIDA

LE SIDA EN EUROPE

I. SITUATION AU 30 SEPTEMBRE 1985
(tabl. 1)

1 573 cas avaient été recensés au 30 septembre 1985 par les 21 pays participant aux activités du centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (O.M.S.) pour la surveillance du SIDA en Europe. Pour les 15 pays qui participaient à l'étude en octobre 1984, l'accroissement du nombre de cas a été de 160 % en un an, et ce nombre a doublé dans les 9 derniers mois.

65 % des cas européens ont été recensés dans 3 pays de la région (France, République fédérale d'Allemagne, Royaume-Uni). Les taux par million d'habitants les plus élevés sont cependant notés au Danemark (11,2), en Suisse (11,8) et en Belgique (11,9). La situation de ce dernier pays est particulière, puisque 72 % des cas recensés en Belgique ont été rapportés chez des patients originaires d'Afrique équatoriale.

II. RÉPARTITION DES CAS EN FONCTION DES GROUPES EXPOSÉS DANS 15 PAYS AYANT RAPPORTÉ DES CAS (fig. 1)

1. Les cas survenus chez des **homosexuels masculins** représentent 69 % du total des cas recensés en Europe et 78 % si l'on considère uniquement les patients d'origine européenne. Ils représentent de 60 à 100 % des cas recensés dans 11 pays sur 15, mais dans 4 pays (Belgique, Espagne, Grèce, Italie) ils représentent moins de 50 % des cas.

2. Les patients qui n'appartiennent à **aucun des groupes exposés identifiés**.

Pour l'ensemble des pays européens, ce groupe est le second par ordre d'importance. Ces patients comptent pour 18 % du total des cas observés en Europe, mais seulement pour 8 % des patients d'origine européenne.

Cette situation particulière est accentuée dans 4 pays (Belgique, France, Suisse et Grèce). Elle est liée à la proportion élevée de patients originaires de régions où le SIDA se développe en dehors des groupes exposés identifiés en Europe ou aux États-Unis : 72 % des cas belges, 12 % des cas suisses, 11 % des cas français sont survenus chez des patients originaires d'Afrique équatoriale. 8 % des cas français sont survenus chez des Haïtiens.

L'observation, en Europe, de ces cas africains ou haïtiens reflète l'existence de foyers locaux. 45 % des patients africains résidaient en Afrique au moment de la survenue des premiers signes de la maladie. Par rapport au total des cas observés en Europe, le pourcentage représenté par ces patients diminue progressivement : en décembre 1984, ces patients représentaient 18 % des cas

Tableau 1. — Nombre total de cas de SIDA rapportés par 21 pays européens et taux estimés par million d'habitants

(30 septembre 1985)

Pays	Octobre 1984	Mars 1985	Juin 1985	Septembre 1985	Taux (1)
Autriche	—	13	18	23	3,1
Belgique	—	81	99	118	11,9
Danemark	31	41	48	57	11,2
Espagne	18	29	38	63	1,6
Finlande	4	5	6	10	2,0
France	221	307	392	466	8,5
Grèce	2	7	9	10	1,0
Hongrie	—	—	—	0	—
Islande	0	0	0	0	—
Italie	10	22	52	92	1,6
Luxembourg	—	—	1	3	7,5
Norvège	4	8	11	14	3,3
Pays-Bas	26	52	66	83	5,7
Pologne	0	0	0	0	—
R.F.A.	110	162	220	295	4,8
Royaume-Uni	88	140	176	225	4,0
Suède	12	22	27	36	4,3
Suisse	33	51	63	77	11,8
Tchécoslovaquie	0	0	0	0	—
U.R.S.S.	—	—	—	0	—
Yougoslavie	—	—	—	1	—
Total	559	940	1 226	1 573	

(1) Source : chiffres de population : I.N.E.D., Paris, 1985.

européens, contre 12 % en septembre 1985. Le développement actuel du SIDA en Europe n'est pas lié à l'immigration et concerne surtout les populations appartenant aux groupes exposés.

3. Les toxicomanes

Dans la figure 1, les cas survenus chez des toxicomanes et ceux survenus chez des homosexuels toxicomanes ont été regroupés.

L'extension de la maladie dans ce groupe est particulièrement marquée. En octobre 1984, ces cas représentaient 2 % des cas européens et n'avaient été rapportés que dans 3 pays. En septembre 1985, ils représentent 8 % des cas et ont été rapportés dans 9 pays.

L'Italie et l'Espagne représentent à eux seuls 63 % des cas de SIDA rapportés en Europe chez

des toxicomanes. 45 parmi les 92 cas italiens, soit 49 %, sont survenus dans ce groupe ainsi que 23 des 63 cas espagnols, soit 43 %.

La dissémination de l'infection par le **virus L.A.V.** paraît avoir été particulièrement rapide dans cette population. Plusieurs études réalisées en 1985 dans différents pays européens ont rapporté une fréquence très élevée (de 20 à 50 %) des marqueurs sérologiques de cette infection chez des toxicomanes.

Les campagnes d'information qui se développent actuellement dans les pays de la région doivent prendre en compte cet aspect de la diffusion du SIDA.

Source : Centre collaborateur de l'O.M.S. sur le SIDA, Paris.

PREMIERS RÉSULTATS DE LA MISE EN PLACE DU DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE DES ANTICORPS ANTI-L.A.V. DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE TRANSFUSION SANGUINE

Depuis le 1^{er} août 1985, le dépistage des anticorps anti-L.A.V. est obligatoire sur tous les dons de sang.

Au 31 novembre 1985, 98 établissements de transfusion sanguine avaient répondu au questionnaire annexé à la circulaire du 2 octobre 1985, précisant les modalités d'application du dépistage systématique.

D'après cette circulaire, le dépistage doit être effectué en deux temps :

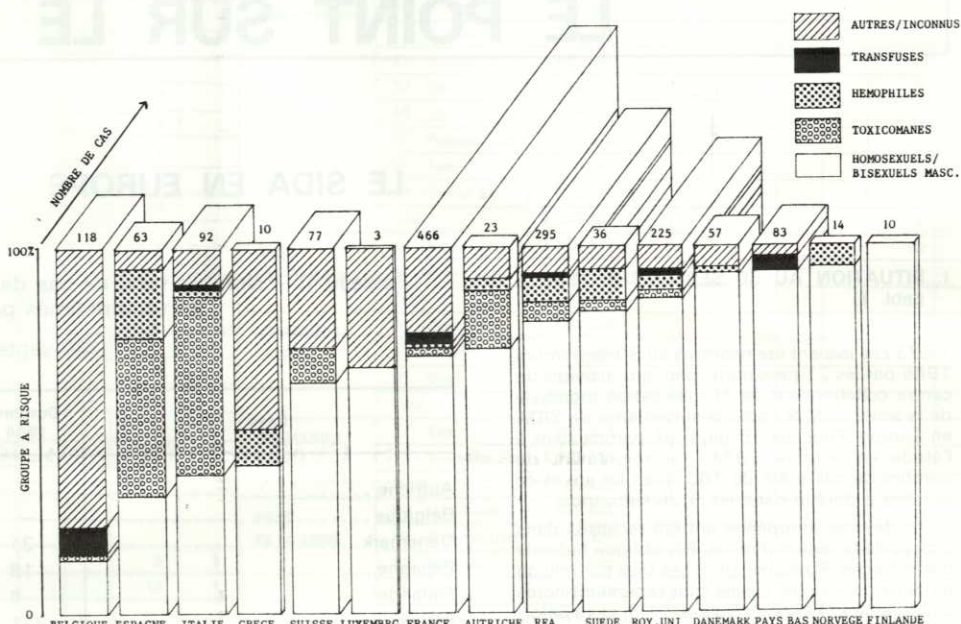
1^o Recherche d'une positivité par le test Elisa (Enzyme Linked Immuno-Sorbent Assay), en effectuant 2 déterminations successives sur 2 prélèvements distincts si la première détermination est positive, afin d'éviter les erreurs de laboratoire ou de prélèvement. Seuls les tests positifs de façon répétée doivent être considérés comme positifs en Elisa;

2^o Confirmation du résultat par une technique de référence (Western Blot, R.I.P.A.).

Seuls les résultats confirmés peuvent être considérés comme réellement positifs. Le donneur de sang ne peut être averti du résultat qu'après la confirmation, et dans le cadre d'un entretien médical.

Source : Direction générale de la Santé.

Figure 1. — Pourcentage de groupes à risque par pays - Europe, 30 septembre 1985



RÉSULTATS POUR LES MOIS D'AÔÛT, SEPTEMBRE ET OCTOBRE 1985

65 questionnaires ont été retenus pour l'analyse, ce qui correspond à 37 % des 175 établissements de transfusion sanguine de la France métropolitaine.

33 réponses n'ont pu être retenues pour les raisons suivantes : dons considérés comme positifs sur une seule détermination, résultats incomplets (une fraction seulement des tests ayant été confirmés), confirmation effectuée par un Elisa de marque différente, et non une méthode de référence. Les 65 réponses retenues portent sur 476 518 dons, ce qui correspond à environ 48 % du total des dons prélevés en métropole pour la période considérée. 890 dons (1,9 %) ont été considérés comme positifs en Elisa. Parmi ceux-ci, 492 (55 %) ont été confirmés comme positifs par une méthode de référence, dont 404 hommes et 88 femmes (sex ratio : 4,6).

Le taux de porteurs d'anticorps anti-L.A.V. dans la population considérée s'établit donc à 1 %.

Les taux par région sont donnés dans la figure 2, à l'exception des régions de Basse-Normandie, Haute-Normandie, Corse et Antilles - Guyane, pour lesquelles les résultats n'ont pu être pris en compte.

Les taux les plus faibles sont retrouvés dans l'Est et le Centre de la France, les plus élevés en Aquitaine (1 %), Provence - Côte d'Azur (1,5 %) et Région parisienne (2,3 %). Aucun don n'a été trouvé positif en Lorraine, mais les résultats ne portent que sur 407 prélèvements.

Il n'a pas été possible de présenter les résultats obtenus à l'échelle départementale, compte tenu du petit nombre de réponses pour lesquelles l'analyse était possible dans certains départements.

L'exemple de la Région parisienne montre que les résultats peuvent varier de façon importante à cet échelon, de 0,6 % dans les Yvelines, à 2,6 % à Paris. De plus, à l'échelle locale, les résultats peuvent également varier. Ainsi, à Paris, suivant les établissements, on retrouve des taux allant de 1,1 % à 8 % de prélèvements séro-positifs confirmés.

Les taux retrouvés dans cette enquête, qui ne porte que sur 45 % de l'activité transfusionnelle pendant les trois mois suivant la mise en place du dépistage, ne doivent être considérés qu'à titre indicatif. Les centres qui ont répondu ne constituent pas un échantillon représentatif.

Deux remarques peuvent cependant être faites :

— 45 % des prélèvements considérés comme positifs en Elisa ne sont pas confirmés par une méthode de référence. Il est donc essentiel que les instructions concernant les modalités de dépistage soient suivies à la lettre, et qu'aucun donneur ne soit informé des résultats du test avant que la confirmation n'ait été effectuée. La vérification d'un résultat positif en Elisa par un autre test de même nature, fût-il de marque différente, ne peut être considérée comme suffisante;

— une circulaire de juin 1983 (D.G.S., 3 B, n° 569) indiquait qu'une information devait être faite auprès des donneurs de sang afin d'inciter ceux appartenant aux groupes exposés à s'abstenir de tout don de sang. Des dépliants ont été mis à la disposition des établissements de transfusion sanguine, afin de faciliter cette information. Cette mesure, adoptée également aux États-Unis et dans les autres pays européens pratiquant le dépistage systématique, est toujours nécessaire.

Le risque que le dépistage des anticorps anti-L.A.V. laisse passer des dons contaminés (faux négatifs), bien que très faible, existe, et est plus important dans les groupes où une proportion élevée de sujets est susceptible d'être infectée.

Plusieurs études conduites dans différents établissements de transfusion montrent que la majorité des dons retrouvés séro-positifs proviennent de donneurs appartenant à ces groupes, mais ne se considérant pas eux-mêmes comme exposés, ou désireux de bénéficier du test de dépistage.

Des consultations ont été organisées dans les établissements publics hospitaliers, afin de permettre à ces derniers de bénéficier du test, qui est effectué gratuitement dans ces établissements dans l'attente de l'inscription de cet examen à la nomenclature des actes biologiques remboursés par la Sécurité sociale. Les adresses des centres, où ces consultations ont été organisées, peuvent être obtenues auprès des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales.

Figure 2. — Résultats du dépistage systématique des anticorps anti-L.A.V. sur les dons du sang, par régions : taux pour 1000 dons

Régions	Nombre de prélèvements	Résultats positifs confirmés	Régions	Nombre de prélèvements	Résultats positifs confirmés
		‰			‰
Alsace	12 638	0,2	Lorraine	407	0
Aquitaine	43 409	1	Midi - Pyrénées	10 950	0,3
Auvergne	19 963	0,1	Nord - Pas-de-Calais	13 337	0,4
Bourgogne	23 316	0,2	Basse-Normandie	—	—
Bretagne	12 500	0,6	Haute-Normandie	—	—
Centre	17 412	0,2	Pays de Loire	19 054	0,3
Champagne - Ardenne	18 862	0,1	Poitou - Charentes	11 875	0,6
Corse	—	—	Provence - Alpes - Côte d'Azur	43 983	1,5
Franche-Comté	18 025	0,2	Rhône - Alpes	36 280	0,1
Île-de-France	136 171	2,3	Picardie	10 375	0,2
Languedoc - Roussillon	22 376	0,5	Antilles - Guyane	—	—
Limousin	5 585	0,5			



RÉUNION DES CENTRES COLLABORATEURS DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ SUR LE SIDA

L'Organisation mondiale de la santé a entrepris la création d'un réseau de centres collaborateurs pour le SIDA, afin de constituer un cadre pour la coopération internationale en ce qui concerne les activités de formation, la fourniture de réactifs de référence, l'évaluation des méthodes diagnostiques et la surveillance épidémiologique. Une réunion des directeurs de centres et d'autres experts en virologie et en santé publique s'est tenue à Genève les 25 et 26 septembre 1985.

Des recommandations ont été formulées, notamment en ce qui concerne les essais thérapeutiques (points 6, 7 et 8).

1. Pour le dépistage systématique à grande échelle du SIDA, les seules méthodes pratiques dont on dispose actuellement sont les épreuves de recherche des anticorps dirigés contre le virus L.A.V./H.T.L. V-III.

2. Tous les sérums positifs pour l'anticorps anti-L.A.V./H.T.L. V-III dans un titrage radio-immunologique ou dans une épreuve Elisa devront être confirmés par un système d'épreuve indépendant, par exemple, par immunoprécipitation ou immunoblotting. Des épreuves de recherche de cet anticorps qui soient plus spécifiques bien que moins sensibles que les épreuves classiques Elisa actuellement commercialisées pourraient être mieux adaptées aux études séroépidémiologiques lorsqu'on ne dispose pas d'épreuves de confirmation.

3. Le SIDA post-transfusionnel peut être éliminé par exclusion des donneurs appartenant aux groupes à risque accru d'infection et par le dépistage de toutes les unités de sang à la recherche des anticorps anti-L.A.V./H.T.L. V-III. Étant donné que l'infection peut se transmettre de la mère à l'enfant pendant la période périnatale, on conseillera aux femmes positives d'éviter toute grossesse.

4. La réutilisation d'aiguilles non stérilisées comporte le risque de transmettre le SIDA et d'autres infections par l'intermédiaire de sang contaminé. Cette façon de faire doit être vivement déconseillée.

5. L'éventualité d'une transmission des maladies infectieuses lors de l'utilisation d'injecteurs sans aiguille a été examinée. Au vu des données disponibles, le groupe a conclu que rien n'indiquait que l'emploi de ces injecteurs comporte un risque de transmission d'infections par du sang contaminé.

6. Des études en vue de l'identification de schémas thérapeutiques efficaces pour le traitement du SIDA sont en cours dans plusieurs pays ainsi que des travaux sur la mise au point de vaccins. Pour être efficace, un traitement peut exiger une association d'antiviraux et de substances qui stimulent la réactivité immunitaire. On expérimente actuellement des moyens de conférer une protection passive contre l'infection, avec en particulier l'emploi d'anticorps monoclonaux et de gammaglobulines de sérum hyperimmun. De nouveaux travaux portant sur l'élucidation du rôle des anticorps dans la prévention et le traitement de la maladie sont nécessaires avant que l'on puisse utiliser ce type de substances chez les malades.

7. Les nouveaux médicaments antiviraux doivent être soigneusement étudiés selon les méthodes classiques d'évaluation des médicaments et conformément aux directives des autorités médicales de contrôle. Avant de déterminer les avantages d'un médicament il faudra étudier sa pharmacologie, sa toxicité et les doses tolérées.

8. Les études contrôlées par placebo sur des sujets atteints de forme bénigne de maladie due à une infection par le L.A.V./H.T.L. V-III doivent être encouragées. De telles études donneront plus rapidement des réponses quant à l'efficacité des

médicaments, et en utilisant un plus petit nombre de sujets qu'avec des témoins rétrospectifs.

9. La prévalence du SIDA dépendra en grande partie de la réussite des programmes de réduction des risques, fondés sur l'information et l'éducation du public.

10. Étant donné que les sujets infectés par le L.A.V./H.T.L. V-III présentent souvent des anomalies immunitaires, l'administration des vaccins vivants d'usage courant (par exemple vaccin antirougeoleux, vaccin antipoliomyélique) chez ces sujets comporte un risque théorique. Toutefois, à l'heure actuelle, aucune réaction indésirable imprévue n'a été observée chez des sujets porteurs d'anticorps anti-L.A.V./H.T.L. V-III, mais indemnes de signes déclarés de SIDA clinique lorsqu'on leur a administré les vaccins recommandés par l'O.M.S. dans le cadre de ses programmes de vaccination chez l'enfant et l'adulte.

11. Les rétrovirus T-lymphotropes simiens constituent des modèles potentiellement utiles pour l'étude du traitement du SIDA et de la lutte contre cette maladie.

12. Parmi les aspects importants des activités de l'O.M.S., en ce qui concerne le SIDA figure la collecte, par les États-membres et les centres collaborateurs de l'O.M.S. de données sur l'incidence de la maladie ou de son virus, et leur communication régulière au siège de l'O.M.S. On indiquera aussi, si possible, le sexe, l'âge, le facteur de risque reconnu (le cas échéant) et les principaux aspects cliniques observés.

Le rapport intégral de la réunion peut être obtenu auprès du directeur de la Division des maladies transmissibles, O.M.S., Genève.

Source : R.E.H., O.M.S., n° 43, 25 octobre 1985.

NOTE. — Deux brochures sur le SIDA sont en cours d'édition par les services du Ministère des Affaires sociales et de la Solidarité Nationale (Secrétariat d'État à la Santé). La première rassemble l'ensemble des textes réglementaires publiés sur le SIDA; elle sera disponible à partir du 24 décembre 1985 aux Services du *Journal officiel* (26, rue Desaix, 75727 PARIS), sur place ou par correspondance, au prix de 25 F. La deuxième, intitulée « Le praticien et le SIDA », sera adressée gratuitement à l'ensemble du corps médical dans le courant du mois de janvier 1986.

Cas déclarés pour certaines maladies transmissibles

Semaine du 2 au 8 décembre 1985

RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1982 (en milliers)	Typhoïdes et paratyphoïdes	Shigellose	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	Toxi-infection alimentaire collective	RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1982 (en milliers)	Typhoïdes et paratyphoïdes	Shigellose	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	Toxi-infection alimentaire collective
ALSACE	67 - Rhin (Bas-)	915 676								LIMOUSIN	19 - Corrèze	241 448							
	68 - Rhin (Haut-)	650 372					1	5			23 - Creuse	139 968							
	Total	1 566 048					1	5			87 - Vienne (Haute-)	355 737							
AQUITAINE	24 - Dordogne	377 356								LORRAINE	Total	737 153							
	33 - Gironde	1 127 546						5			54 - M.-et-Mos.	716 846						1	
	40 - Landes	297 424						4			55 - Meuse	200 101		1					
	47 - Lot-et-Garonne	298 522									57 - Moselle	1 007 189		1				5	
	64 - Pyrénées-Atlant.	555 670									88 - Vosges	395 769						5	
AUVERGNE	Total	2 656 518						9		MIDI - PYRÉNÉES	Total	2 319 905		2				11	
	03 - Allier	369 580						2			09 - Ariège	136 443							
	15 - Cantal	162 838									12 - Aveyron	278 654							
	43 - Loire (Haute-)	205 895						1			31 - Garonne (Hte-)	824 501						1	
	63 - Puy-de-Dôme	594 365						3			32 - Gers	174 154						2	
BOURGOGNE	Total	1 332 678						1		NORD - PAS-DE-CALAIS	46 - Lot	154 533							
	21 - Côte-d'Or	473 548						1			65 - Pyrénées (Htes-)	227 922						1	
	58 - Nièvre	239 635									81 - Tarn	339 345						2	
	71 - Saône-et-Loire	571 852						4			82 - Tarn-et-Gar.	190 485							
	89 - Yonne	311 019	1				1				Total	2 326 037						6	
BRETAGNE	Total	1 596 054	1				1	5		NORMANDIE (BASSE-)	59 - Nord	2 520 526						10	
	22 - Côtes-du-Nord	538 869						3			62 - Pas-de-Calais	1 412 413			1			2	
	29 - Finistère	828 364						5			Total	3 932 939			1			12	
	35 - Ille-et-Vilaine	749 764					2	2		NORMANDIE (HAUTE-)	14 - Calvados	589 559							
	56 - Morbihan	590 889						3			50 - Manche	465 948						3	
CENTRE	Total	2 707 886					2	13			61 - Orne	295 472							
	18 - Cher	320 174						1			Total	1 350 979						3	
	28 - Eure-et-Loir	362 813						9		PAYS DE LA LOIRE	27 - Eure	462 323	1					2	
	36 - Indre	243 191									76 - Seine-Maritime	1 193 039		1				5	
	37 - Indre-et-Loire	506 097			1						Total	1 655 362	1	1				7	
CHAMPAGNE - ARDENNE	41 - Loir-et-Cher	296 220									44 - Loire-Atlant.	995 498						6	
	45 - Loiret	535 669						3	1	PICARDIE	49 - Maine-et-Loire	675 321							
	Total	2 264 164			1			13	1		53 - Mayenne	271 784			1			2	
CORSE	08 - Ardennes	332 338									72 - Sarthe	504 768							
	10 - Aube	289 300						2			85 - Vendée	483 027					1	2	
	51 - Marne	543 627									Total	2 930 398			1		1	10	
	52 - Marne (Haute-)	210 670									02 - Aisne	533 970						1	
FRANCHE - COMTÉ	Total	1 345 935						2			60 - Oise	661 781							
	2 B - Corse (Haute-)	131 574					1	1		POITOU - CHARENTES	80 - Somme	544 570			1			2	
	2 A - Corse-du-Sud	108 604						1			Total	1 740 321			1			3	
	Total	240 178					1	1			16 - Charente	340 770			1			2	
	25 - Doubs	477 163									17 - Charente-Mar.	513 220							
ÎLE-DE-FRANCE	39 - Jura	242 925			1					PROVENCE - ALPES - CÔTE D'AZUR	79 - Sèvres (Deux-)	342 812						1	
	70 - Saône (Haute-)	231 962									86 - Vienne	371 428							
	90 - Terr. de Belfort	131 999									Total	1 568 230			1			3	
	Total	1 084 049			1						04 - Alpes-Hte-Prov.	119 068						1	
	75 - Paris (Ville)	2 176 243									05 - Alpes (Hautes-)	105 070							
	77 - Seine-et-Marne	886 918								RHÔNE - ALPES	06 - Alpes-Marit.	881 198							
	78 - Yvelines	1 196 111			1			16			13 - B.-du-Rhône	1 724 199	1				1		
	91 - Essonne	988 306						4			83 - Var	708 331							
	92 - Hauts-de-Seine	1 387 039									84 - Vaucluse	427 343						1	
	93 - Seine-St-Denis	1 324 301									Total	3 965 209	1				1	2	
	94 - Val-de-Marne	1 193 655					1	12			01 - Ain	418 518	3		1			1	
	95 - Val-d'Oise	920 587						4			07 - Ardèche	267 970							
	Total	10 073 160			1	1		36			26 - Drôme	389 781							
LANGUEDOC - ROUSSILLON	11 - Aude	280 686	2								38 - Isère	936 771	1					1	
	30 - Gard	530 478	1					1			42 - Loire	739 521						2	
	34 - Hérault	706 499						3			69 - Rhône	1 445 208	3					10	
	48 - Lozère	74 294									73 - Savoie	323 675							
	66 - Pyrénées-Orient.	334 557									74 - Savoie (Haute-)	494 505						5	
FRANCE OUTRE-MER	Total	1 926 514	3					4		TOTAL DE LA PÉRIODE			13	3	8	3	5	167	1
	971 - Guadeloupe									FRANCE MÉTROPOLITAINE TOTAL : 54 334 871	50 premières semaines de 1985		630	107	814	224	123	10 776	67
	972 - Guyane										50 premières semaines de 1984		679	264	832	283	109	11 835	709
	973 - Martinique																		
	974 - Réunion							5											

Responsable de la publication : D' Elisabeth BOUVET
 Rédaction : D^{rs} Michelle BRUAIRE, Christine JESTIN, Jean PERRIN et M. A. CHAUVIN
 Conception : BERNARD RIGAUD-CONSEIL, 64000 Pau

Direction générale de la Santé
 Sous-direction de la Prévention générale et de l'Environnement
 Bureau 1 C : 1, place Fontenoy, 75700 Paris - Tél. : (1) 47 65 25 53

Pour recevoir un abonnement, il suffit de s'adresser à la rédaction