



Éditorial

1983-2003, vingt ans après ses débuts, le BEH transfère vers le web le tableau de dernière page sur les maladies à déclaration obligatoire qui avait été à l'origine de sa création. Le moment est bien choisi puisque l'année 2003 s'ouvre sur de nouvelles dispositions de la veille sanitaire, attendues depuis plus de deux ans, et qui devraient faire date dans notre système de surveillance : la mise en place des nouvelles modalités de déclaration obligatoire des maladies.

La liste des maladies à déclaration obligatoire (DO) a été modifiée et deux faits majeurs méritent attention : d'une part, le champ des maladies infectieuses s'étend désormais aux agents pathogènes susceptibles d'être utilisés à des fins de bioterrorisme : charbon, variole, tularémie ; d'autre part, pour la première fois, la DO comprend une maladie non infectieuse, le saturnisme, qui donne la mesure de l'importance croissante des questions de santé environnementale.

La transformation majeure de notre système de surveillance concerne les nouvelles modalités de notification qui répondent à deux exigences : la volonté d'une plus grande efficacité dans la recherche de l'exhaustivité et la nécessité d'une protection de l'anonymat des personnes.

Pour améliorer l'efficacité de cette surveillance, la déclaration initiale de la maladie se fera par le laboratoire de biologie médicale chaque fois qu'un cas de la maladie se définit par un test biologique positif. Ce sera le cas tout particulièrement pour le VIH, mais également pour l'infection aiguë due au virus de l'hépatite B.

L'anonymisation se fera "à la source", au niveau du laboratoire ; le médecin aura à compléter la déclaration du cas en apportant, dès la réception du résultat du test, les précisions cliniques indispensables à une analyse épidémiologique. La Ddass procédera au regroupement du résultat biologique et des données cliniques, avant de notifier le cas anonymisé à l'InVS. Une deuxième anonymisation précèdera l'enregistrement dans la base de données.

Dans quelques semaines parviendront à tous les professionnels de santé des documents d'information sur ces nouvelles modalités. La santé publique avec la mesure des risques infectieux, mais aussi environne-

mentaux ou comportementaux, prend pied dans notre système de santé, y compris dans le dialogue singulier du médecin et de son patient avec ce besoin sans cesse réaffirmé de plus d'éléments pour mieux comprendre et mieux participer.

Le devoir de veille sanitaire confié à l'InVS doit inclure le devoir d'information des professionnels confrontés à ces nouveaux risques, à ces nouvelles surveillances et à ces nouvelles responsabilités. Les médecins doivent pouvoir disposer d'un message clair et argumenté, leur permettant de mieux répondre aux inquiétudes du grand public, à informer pour tenir leur rôle de promoteurs de la santé.

Répondre à ce besoin croissant et complexe nécessite de développer des outils d'information adaptés. Le BEH sera partie prenante de cette démarche, essentielle à la qualité d'une politique de santé publique. Son évolution est programmée : une politique éditoriale dynamisée, plus d'articles et des articles plus courts et plus informatifs, une alternance entre des numéros de base et des numéros thématiques – dépistage du cancer du sein, nutrition, hépatite C, tuberculose, mortalité... –, une attention plus grande aux attentes des médecins hospitaliers et des médecins de ville. En 2003, il doit moderniser sa politique de diffusion en accordant une vraie place à l'accès électronique par email ou sur le site de l'InVS.

Bien entendu, le BEH restera le lieu privilégié de la publication des rapports de surveillance et notamment de ceux des maladies à déclaration obligatoire.

A tous les lecteurs du BEH, à tous les futurs lecteurs sur écran ou sur papier, à tous les professionnels de santé, partenaires du réseau national de santé publique, je présente mes vœux les plus sincères pour 2003.

Pr Gilles Brucker

Directeur général de l'Institut de veille sanitaire,
Directeur de la publication

Nouveaux consultants pour une infection par le VIH dans un hôpital du nord des Hauts-de-Seine

Emmanuel Mortier^{1,3}, Christine Chan Chee², Martine Bloch¹, Françoise Meier¹, Sonia Guerreiro¹, Céline Levacher^{1,3}, Jocelyne Baudesson^{1,3}, Michèle Vieira³, Christine Chandemerle³, Anne-Marie Simonpoli^{1,3}

¹ Hôpital Louis-Mourier, AP-HP, Colombes

² Fondation pour la santé publique, Mutuelle générale de l'Education nationale, Paris

³ ARÈS 92, Colombes

INTRODUCTION

Situé à Colombes dans le nord des Hauts-de-Seine, l'Hôpital Louis-Mourier accueille une population caractérisée par un taux plus élevé de chômeurs (14 % à Colombes contre 10,2 % dans le département) et une population d'origine étrangère plus importante (14,3 % contre 11,5 %) [1].

L'hôpital fait partie d'un réseau Ville-Hôpital dynamique (ARÈS 92) et a construit un partenariat actif avec les consultations de dépistage (Centre de dépistage anonyme et gratuit du Conseil général, Antenne de Médecins du monde, centres municipaux de santé), les médecins généralistes et les centres de soins spécialisés en addictologie du nord du département.

Le nombre de nouveaux patients infectés par le VIH adressés par ces partenaires a doublé en trois ans, atteignant actuellement 2 nouveaux patients par semaine. L'évolution de l'épidémie de sida en France [2] et notamment le doublement des cas de sida chez les personnes originaires d'un pays d'Afrique sub-saharienne entre 1998 et 2001 nous ont amenés à étudier les caractéristiques des patients consultant pour la première fois.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Entre le 1^{er} janvier 2001 et le 30 septembre 2002, tous les patients adultes consultant pour la première fois pour une infection par le VIH ont été inclus dans l'étude. Pour tous les patients, après leur accord, un questionnaire anonyme comprenant des données médico-sociales était rempli par le médecin et l'assistante sociale lors de la première consultation. Ces données ont ainsi été recueillies de façon prospective pour 185 patients (81 hommes et 104 femmes). Parmi ces 185 patients, 128 (69,2 %) n'avaient jamais été pris en charge antérieurement pour leur infection par le VIH, 44 patients avaient été adressés par d'autres services et 13 patients étaient venus consulter ponctuellement dans le service alors qu'ils étaient suivis ailleurs. Nous rapportons ici les caractéristiques des 128 patients consultant pour une première prise en charge de leur infection par le VIH dans un service de médecine du nord des Hauts-de-Seine.

Les calculs statistiques ont été faits à l'aide du logiciel Epi-Info. Dans le cas de variables qualitatives, le test du Chi² a été utilisé. Dans le cas de variables quantitatives, la comparaison de moyenne et les analyses de variance ont été effectuées lorsque les distributions étaient normales et des tests non paramétriques dans les autres situations. En ce qui concerne les délais entre dépistage et arrivée en France, entre dépistage et première consultation, nous avons préféré utiliser la médiane (valeur correspondant à 50 % des patients), la moyenne étant considérée trop sensible aux valeurs extrêmes. Les différences ont été considérées significatives au seuil de 5 %. Nous ne rapportons ici que le taux des lymphocytes CD4 car la valeur d'une seule charge virale est difficilement interprétable.

RÉSULTATS

Caractéristiques socio-démographiques

Notre population comprenait plus de femmes (n = 73) que d'hommes (n = 55). Ces derniers étaient significativement plus âgés que les femmes : $40,3 \pm 3,3$ ans contre $33,9 \pm 2,2$ ans ; $p = 0,002$. Environ un patient sur cinq avait la nationalité française. Parmi les patients de nationalité étrangère, les Ivoiriens, les Congolais (Brazzaville, n = 8 et Kinshasa, n = 10) et les Camerounais représentaient respectivement 24,8 %, 17,8 % et 14,9 %. Les patients français, haïtiens et nord-africains étaient plus âgés que les patients d'Afrique sub-saharienne sans différence significative ($p = 0,08$). Le lieu de résidence était pour 80 % des patients le département des Hauts-de-Seine.

Tableau 1

Répartition des patients primo-consultants, par pays d'origine, âge et sexe

	Nombre (%)	Age moyen	% Hommes
Afrique de l'Ouest	44 (34,4)	33,8 ± 2,9	22,7
Côte-d'Ivoire	25		
Mali	5		
Togo	4		
Ghana	4		
Autres pays d'Afrique de l'Ouest	6		
Afrique centrale	37 (28,9)	35,6 ± 3,3	35,1
Congo Brazzaville,			
République démocratique du Congo	18		
Cameroun	15		
Rwanda, Centrafrique, Gabon	4		
France	27 (21,1)	38,2 ± 3,9	70,4
Haïti	9 (7,0)	43,6 ± 5,8	44,4
Afrique du Nord (Maroc, Algérie)	7 (5,5)	46,7 ± 15,4	100
Autres pays	4 (3,1)	33,3 ± 8,2	50
Total	128 (100,0)	36,6 ± 1,9	

Le dépistage du VIH

Les 101 patients d'origine étrangère avaient été plus souvent dépistés dans des structures gratuites que les patients français (respectivement 34 % contre 4 %), ceux-ci étant plus souvent dépistés par leur médecin traitant (41 % contre 29 %) ; $p = 0,03$. Cependant, le motif de dépistage n'était pas significativement différent entre patients étrangers et français : le test de dépistage ayant été effectué dans un tiers des cas lors de manifestations cliniques, dans 22 % des cas sur initiative personnelle, dans 23 % des cas sur proposition d'un médecin, dans 14 % des cas lors d'une grossesse et dans 6 % des cas lors d'un bilan de santé.

Parmi les patients d'origine étrangère, le délai médian entre l'arrivée en France et le dépistage était de 12,1 mois, 5 patients ont déclaré un dépistage avant leur arrivée en France tandis que 26 (25 %) d'entre eux ont effectué leur dépistage plus de 58 mois après leur arrivée en France. Le délai entre l'arrivée en France et le moment du dépistage était significativement différent selon l'origine des patients : 6,8 mois pour ceux venus d'Afrique centrale, 12,8 mois pour les patients haïtiens, 14,9 mois pour les patients venant d'Afrique de l'Ouest et 179,6 mois pour les patients d'Afrique du Nord ($p < 0,01$).

Lors du dépistage, 7/27 patients français (27 %), 11/75 (15 %) patients étrangers arrivés en France depuis moins de 58 mois et 5/26 (19 %) patients étrangers en France depuis plus de 58 mois étaient au stade C (stade sida) ($p = 0,4$).

Le principal mode de contamination était hétérosexuel : 86 % chez les patients de nationalité étrangère et 59 % parmi les patients français. Dans ce dernier groupe, les autres modes de contamination étaient le rapport homosexuel (26 %) et l'usage de drogues intraveineuses (11 %).

Caractéristiques médicales lors de la première consultation à l'hôpital

La durée médiane entre le dépistage et la première consultation était de deux semaines (extrêmes : 0 – 16 ans). 75 % des patients français et 92 % des patients étrangers ont consulté dans l'année suivant le dépistage ($p = 0,05$). Parmi les patients étrangers, 75 % ont consulté dans les six semaines.

Le motif de la première consultation hospitalière a été dans 20 cas (16 %) un événement clinique révélateur de l'infection par le VIH, sans différence significative selon le fait d'être d'origine étrangère ou française. Les trois infections opportunistes révélatrices les plus fréquentes étaient la pneumocystose (n = 5), la toxoplasmose (n = 5) et la tuberculose (n = 4).

Lors de la première consultation, les patients français étaient significativement plus souvent au stade C (41 %) que les patients d'origine étrangère (19 %), et aussi plus souvent co-infectés par le virus de l'hépatite C (VHC) : 15 % contre 4 % (tableau 2).

Tableau 2

Répartition des caractéristiques médicales des patients lors de la première consultation selon la nationalité

	Patients français (N = 27)	Patients étrangers (N = 101)	Significativité
Stade C du CDC	41 %	19 %	p = 0,02
Co-infection par le VHC	15 %	4 %	p = 0,04
Co-infection par le VHB	4 %	5 %	NS
Moyenne des CD4			
- Stade C	58 ± 39	151 ± 117	NS
- Stade A, B	397 ± 164	336 ± 58	NS

Conditions de vie des patients

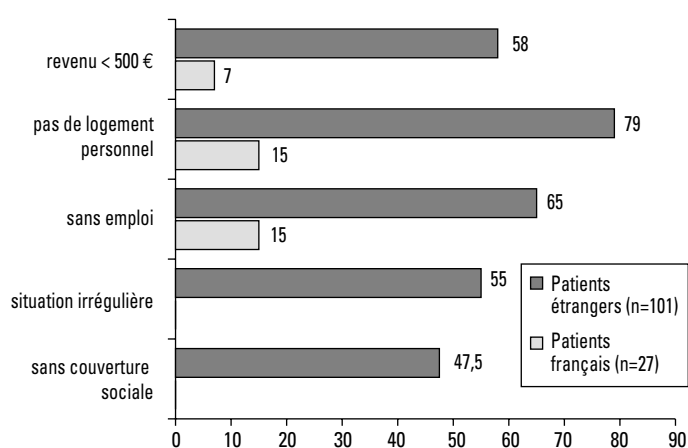
La majorité des patients avaient des conditions de vie très précaires, en particulier parmi les patients d'origine étrangère (figure 1). Parmi les patients français, 15 % étaient sans emploi et n'avaient pas de logement personnel. Presque la moitié des patients étrangers n'avait pas de couverture sociale à la première consultation, plus de la moitié était en situation irrégulière, sans emploi, sans logement personnel et disposant de moins de 500 € par mois.

Les patients d'origine étrangère étaient soit en famille au sens large (46 %), soit vivaient seuls (42 %) tandis que la situation familiale des patients français était assez bien distribuée entre vie en couple (n = 10), seul (n = 10) ou en famille (n = 7) ; p = 0,01.

Par ailleurs, 52 % des patients français avaient des enfants contre 70 % parmi les patients étrangers, et parmi ces derniers, 4 sur 5 ont laissé leur(s) enfant(s) au pays.

Figure 1

Répartition des conditions socio-économiques des patients selon le fait d'être un patient d'origine française ou étrangère



DISCUSSION

L'augmentation de la proportion de patients d'origine étrangère parmi les cas déclarés de sida en France et la découverte tardive de la séropositivité dans les Hauts-de-Seine (3) (53 % des cas de sida étaient révélateurs de la séropositivité) ont conduit les autorités sanitaires départementales (Ddass, Conseil général) à promouvoir le dépistage, en particulier vers les populations précaires. Les professionnels de santé et les associations se sont mobilisés autour du dépistage : dans la rue (Aides 92), dans les structures d'accueil aux démunis (Médecins du monde). Au travers du réseau ARÈS 92, les patients ont pu être pris en charge

rapidement et peu de patients ont été perdus de vue entre le dépistage et la première consultation (contact direct entre le médecin qui assure le dépistage et celui qui accueille le patient). Pour les patients dépistés en dehors du réseau ARÈS 92, il est impossible de connaître les perdus de vue entre le dépistage et la première consultation car il n'y a pas toujours eu de contact direct entre les différents intervenants. Le délai plus court de prise en charge après le dépistage pour les patients d'origine étrangère par rapport aux patients français peut être lié à la sensibilisation plus grande des intervenants de santé à l'accompagnement initial de ces patients. La couverture médicale a pu être obtenue rapidement grâce à l'efficacité des assistantes sociales des structures d'accueil et du système d'Assurance maladie (AME, CMU, sécurité sociale).

Les caractéristiques socio-économiques de ces patients, dont 4 sur 5 sont d'origine étrangère, révèlent cependant une situation sociale très précaire. L'absence de logement personnel, de revenu et surtout l'impossibilité de travailler légalement en attendant la régularisation, parfois longue, de leur situation, nuisent à la qualité de vie. Actuellement, plus de 80 % des nouveaux consultants d'origine étrangère n'ont pas d'immunodépression profonde (CD4 moyen 336/mm³) mais le bénéfice d'un dépistage précoce risque d'être perdu en raison des conditions sociales, en particulier chez les patients sans revenu, n'ayant pas de possibilité d'hébergement et utilisant les structures d'accueil d'urgence peu adaptées à des malades. De plus, la découverte de la séropositivité aggrave souvent chez ces nouveaux migrants leur situation sociale : rejet des familles ou amis qui assuraient l'hébergement, contrainte de la prise du traitement à l'écart des regards, perte d'emploi due à l'absentéisme pour consultations médicales.

L'afflux de ces nouveaux consultants d'origine étrangère pour une demande de soins interroge : cette situation est-elle liée à la sensibilisation des acteurs de santé et aux caractéristiques socio-économiques du nord des Hauts-de-Seine ? Existe-t-il en plus d'une migration économique, une migration médicale ? Dans notre expérience, sur 128 patients, seuls 5 ont déclaré avoir été dépistés avant de venir en France et environ 20 % ont réalisé volontairement un test de dépistage. Tous les autres patients ont été dépistés sur proposition d'un médecin à l'occasion d'un événement clinique (14 % de façon fortuite à l'occasion d'une grossesse). Le délai médian entre la date d'arrivée en France et le dépistage est cependant assez court (12 mois) et témoigne probablement de la sensibilisation des professionnels de santé dans les structures accueillant des migrants en difficulté sociale. Un quart des nouveaux consultants d'origine étrangère sont en France depuis plus de cinq ans avant leur dépistage. La plupart des patients migrants motivent leur venue en France par l'absence de ressources dans leur pays et la nécessité de chercher du travail pour faire vivre leur famille (80 % d'entre eux ont laissé leur(s) enfant(s) au pays). L'ensemble de ces données nous amène à penser qu'actuellement, le principal motif de venue en France des migrants que nous accueillons est d'ordre économique et qu'une faible partie est venue pour recevoir en plus des soins en France.

CONCLUSION

L'afflux récent de nouveaux patients consultant pour la première fois pour une infection par le VIH met les acteurs de santé en difficulté, en particulier devant leur précarité socio-économique. Les caractéristiques des nouveaux consultants, majoritairement d'origine étrangère, révèlent une différence importante entre l'accès aux soins et l'accès aux droits sociaux. La majorité de ces patients a accès assez rapidement aux soins après le dépistage (durée médiane : 12 jours). En revanche, l'accès à un toit, un repas ou un travail nécessite un parcours administratif long et difficile. Cela nuit à leur état de santé, alourdit la prise en charge médicale et nécessite des réunions de synthèses médico-sociales. Une réflexion sur l'harmonisation des droits médicaux et sociaux de ces patients est indispensable. En attendant, cette situation nous amène à modifier nos pratiques de prise en charge et à inclure la dimension sociale comme prioritaire dans l'offre de soins.

RÉFÉRENCES

- 1) <http://www.recensement.insee.fr>
- 2) Surveillance du Sida en France. BEH N° 27/2002 : 133 – 139.
- 3) Suivi de l'infection à VIH-SIDA en Ile-de-France. Bulletin de santé. ORS N° 5 : déc 2001.

**Les données de surveillance des maladies à déclaration obligatoire
sont disponibles sur le site de l'Institut de veille sanitaire
www.invs.sante.fr
en consultant la rubrique surveillance/tableaux de bord**

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS 2003

BEH BULLETIN ÉPIDÉMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

FORMAT DES ARTICLES

Les titres des articles seront aussi courts et informatifs que possibles ; les auteurs sont cités avec leurs prénoms en entier puis leurs noms ainsi que leur institution (service, institution, ville), avec des chiffres en exposant permettant de repérer les institutions lorsqu'il y en a plus d'une.

La présentation doit suivre un plan structuré traditionnel (introduction, matériel-méthodes, résultats, discussion-conclusion) sauf si le sujet ne s'y prête absolument pas.

Les intertitres à l'intérieur de chacune de ces parties sont fortement encouragés.

Une attention doit être portée à l'explication de tous les sigles à leur première apparition dans le texte.

Les contraintes de longueur* sont :

1 500 mots - 10 000 caractères espaces compris (hors tableaux, figures, légendes et références) ;

3 figures ou tableaux ;

6 références appelées dans le texte.

L'indication du nombre de mots et de signes (hors tableaux, figures, légendes et références), du nombre de tableaux et figures et du nombre de références est à faire en haut de l'article au-dessus du titre (dans Word/outils/statistiques).

Les tableaux et figures sont situés soit à la fin du texte, soit sur un fichier séparé.

Les références sont à présenter selon le modèle suivant : nom de l'auteur, initiale du ou des prénoms, titre de l'article, titre abrégé du périodique (en italique), année de publication ; volume (numéro dans le volume) : première page-dernière page (suivre l'exemple pour la ponctuation)

Exemple : Weber DJ, Rutala WA. Recognition and management of anthrax. *N Engl J Med* 2002 ; 346(12) : 943-945.

Un résumé (100 à 150 mots) et des mots-clés doivent accompagner l'article pour le BEH en ligne sur le site de l'InVS.

CIRCUIT DE RELECTURE

Lorsqu'un article est transmis à la rédaction du BEH, il est dans un premier temps contrôlé sur le plan de son adaptation au format et renvoyé, si nécessaire, à l'auteur chargé de la correspondance. Il est ensuite présenté en comité de rédaction et soumis, de manière anonyme, à deux relecteurs.

Les commentaires des relecteurs sont transmis à l'auteur. Celui-ci est invité à prendre en compte les modifications et à répondre point par point en confirmant les remarques qu'il intègre dans sa 2^e version et surtout en justifiant celles qu'il n'intègre pas (remarques jugées infondées, analyses demandées non disponibles...). Cette 2^e version est renvoyée aux deux relecteurs.

En cas de difficultés (désaccord, incompréhension...), une discussion intervient en comité de rédaction ; si nécessaire, un membre du comité de rédaction réétudie l'ensemble des échanges et tente de trouver un accord en lien avec les différents intervenants, la décision finale revenant au président du comité de rédaction.

MODE DE COMMUNICATION

Les relations entre les auteurs, les relecteurs et la rédaction du BEH se font de préférence par email.

* A l'exception de cas bien spécifiques où le comité de rédaction jugera que le sujet exige un format différent, par exemple pour les rapports de surveillance nationaux ; à l'exception aussi des numéros thématiques où le format des articles sera parfois adapté.