

Revue critique
de l'actualité scientifique internationale
sur le VIH
et les virus des hépatites

n°38 - septembre 95

UDVI

VIH et usagers de drogue à Edimbourg

Caroline Six

Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida (Saint-Maurice)

**HIV in
injecting drug
users in
Edinburgh:
prevalence and
correlates**

Davies A.G.,
Dominy N.J.,
Peters A., Bath
G.E., Burns
S.M.,
Richardson
A.M.
Journal of AIDS
and Human
Retrovirology,
1995, 8, 399-405

Une étude épidémiologique menée à Edimbourg confirme qu'après une période d'importante contamination, la population des toxicomanes usagers de drogues intraveineuses se contamine moins.

Les premiers cas d'infection à VIH sont apparus chez les usagers de drogue par voie injectable (UDVI) à Edimbourg au cours de l'année 1983. La diffusion du virus s'est accrue rapidement en raison de la fréquence des échanges de seringues, due en partie à l'interdiction de la vente libre d'aiguilles et de seringues et à l'absence de systèmes d'échange de seringues ou d'autres services. Diverses études montrent qu'à Edimbourg, la prévalence de l'infection à VIH a diminué au cours du temps.

L'étude de Davies et Coll. avait pour objectif de décrire la prévalence et les caractéristiques de l'infection à VIH dans une population d'UDVI. Cette étude portait sur 372 UDVI ayant consommé des drogues par voie injectable dans les 6 mois précédant l'enquête. Elle s'est déroulée de juin 1992 à octobre 1993 dans divers sites de recrutement : dans la rue, par approche directe ou par l'intermédiaire des UDVI interrogés (spotters), au niveau du Community Drug Problem Service (CDPS) et d'agences non gouvernementales. Un questionnaire volontaire et anonyme, sur la base d'entretiens, a été élaboré à partir d'un modèle de l'OMS. Les questions comprenaient des informations démographiques, des informations sur les antécédents de toxicomanie, sur les pratiques à risque liées au partage du matériel d'injection et sur les comportements sexuels à risque ainsi que des questions sur l'utilisation des préservatifs et le nombre d'arrestations avec garde à vue ou d'incarcérations (au minimum une nuit).

Le dépistage des anticorps anti-VIH a été réalisé à partir d'un prélèvement salivaire. Ce dépistage a porté sur 349 des 372 UDVI, en raison d'un volume insuffisant de salive pour 15 d'entre eux, d'un refus de fournir la salive pour 3 d'entre eux et de résultats équivoques pour les 3 derniers. Soixante-huit usagers ont eu un test positif, soit un taux de prévalence de 19,5 % (de 15,5 à 23,9 %, avec un intervalle de confiance à 95 %).

Le statut sérologique était connu au préalable pour 84 % des personnes séropositives pour le VIH et 72 % des séronégatives. Les UDVI masculins âgés de 16 à 47 ans représentent 73 % de l'échantillon. Les âges moyens des hommes (28,2 ans) et des femmes (27,6 ans) ne sont pas significativement différents. En revanche, l'âge moyen des séropositifs est plus élevé que celui des séronégatifs (30,6 versus 27,5 ans).

Les prévalences varient selon les sites de recrutement des UDVI. Elles sont en effet plus élevées chez les personnes recrutées au niveau de la rue par approche directe (21,4 %) ou par l'intermédiaire d'autres personnes (23,1 %) ou encore dans les agences non gouvernementales (29,3 %) et nettement plus basses dans les CDPS (3,2 %). Ces différences de prévalence restent significatives après ajustement sur l'âge.

Les analyses univariées montrent que l'infection à VIH est significativement associée à la tranche d'âge de 27 à 36 ans, au fait d'avoir commencé à utiliser des drogues injectables pour la première fois entre 1975 et 1980, de s'être injecté des produits au cours des années 1980 à 1987, et plus particulièrement entre 1982 et 1984. L'infection est également associée au fait d'avoir utilisé des drogues injectables pendant plus de 7 ans depuis 1979, d'avoir partagé du matériel d'injection entre 1980 et 1987, d'avoir été incarcéré et d'avoir partagé du matériel d'injection avec un autre détenu ainsi que d'avoir résidé dans la partie

Nord d'Edimbourg pendant les 10 années précédant l'enquête.

Les auteurs montrent également que le risque de transmission de l'infection est élevé au niveau des prisons : environ 20 % des sujets incarcérés au cours des six derniers mois se seraient injecté des produits.

L'analyse multivariée montre qu'avoir utilisé des drogues injectables entre 1982 et 1984, être âgé de 27 à 36 ans au moment de l'enquête et avoir été incarcéré sont indépendamment liés au fait d'être séropositif. Le risque d'avoir été infecté augmente également avec le nombre d'incarcérations. En effet, ceux qui ont été incarcérés plus de 19 fois ont 4,6 fois plus de risque d'être infectés que ceux qui ne l'ont jamais été.

Parmi les UDVI qui ont commencé à utiliser des drogues injectables après 1986, 4,5 % sont séropositifs pour le VIH. Ces résultats laissent supposer que le potentiel de transmission par le VIH, suite au partage de matériel contaminé ou par contamination sexuelle, existe toujours à Edimbourg et ceci particulièrement en milieu carcéral où l'accessibilité aux seringues et aiguilles pour les UDVI était nulle jusqu'en 1993.

Les auteurs observent que la prévalence globale de 19,5 % est inférieure à celles estimées antérieurement. Ceci peut être dû au fait que les UDVI ont été majoritairement recrutés au niveau de la rue et qu'il s'agit d'une première enquête réalisée à l'échelle de la ville, alors que les enquêtes préalables avaient comme source de recrutement les consultants de médecins généralistes ou des hôpitaux ou encore des centres de dépistage pour le VIH.

Le nombre d'UDVI infectés par le VIH déclarés en Ecosse est passé de 206 pour l'année 1986 à 46 en 1993. Une étude réalisée auprès d'UDVI se présentant pour la première fois dans les CDPS suggère qu'une des raisons de cette baisse serait une plus faible utilisation de la voie injectable. Une autre raison serait une baisse de la fréquence des injections. Ces tendances à la baisse seraient dues, d'après les auteurs, à la mise en place de programmes de substitution et à une plus grande disponibilité et gratuité du matériel d'injection en pharmacie. Les comportements se modifieraient également grâce à une programme énergique d'éducation pour la santé, à l'accessibilité aisée au test VIH et à la proximité de la maladie (97 % des personnes interrogées disent connaître personnellement quelqu'un infecté par le VIH). Au cours de l'année 1993, des programmes de prévention permettant d'obtenir des médicaments de substitution et des comprimés désinfectants ont été mis en place dans les prisons écossaises.

L'étude fournit des informations relatives à la prévalence du VIH parmi la

population d'usagers de drogue qui ne proviennent pas uniquement d'institutions mais, pour les 2/3 d'entre eux, de la rue. Cette étude est relativement complète et permet de cerner les risques dans la population d'usagers de drogue à Edimbourg. En revanche, cette étude ne fournit aucune information relative au sexe ; or les femmes sont habituellement moins touchées par le VIH et moins souvent incarcérées. La prise en compte de l'effet "sexe" pourrait donc faire disparaître l'augmentation de risque liée aux incarcérations. Par ailleurs, les chiffres ne concordent pas toujours entre les tableaux et le texte, ce qui remet en cause le sérieux et la valeur de l'analyse présentée.

→ Si l'on compare les résultats présentés avec ceux d'autres études menées en Europe occidentale au cours des dernières années, on observe le même phénomène général de baisse de la prévalence du VIH dans la population d'UDVI, quels que soient les taux de départ. En Italie, où la toxicomanie est responsable de 66 % des cas de sida déclarés, des enquêtes répétées de prévalence du VIH au niveau national, dans les centres de traitement pour UDVI montrent que, de 1985 à 1993, la prévalence est passée de 31 % à 23 %. Au Royaume-Uni, le même type d'enquête, sur base volontaire mais anonyme non corrélée, donne des prévalences au niveau national de 1,8 % en 1990 et 1,3 % en 1993. Il existe aussi des enquêtes au niveau de villes importantes telles que Madrid, Copenhague, Stockholm, Londres et Glasgow. A Londres, des enquêtes réalisées selon le protocole OMS utilisé à Edimbourg donnent les résultats suivants : une prévalence VIH de 12,8 % en 1990 et de 6,9 % en 1993.

En France, il n'existe pas d'enquêtes donnant des résultats de prévalence réalisées à partir de tests de dépistage mais des informations sur la prévalence du VIH basées sur les déclarations des UDVI et du personnel soignant. Les informations sont disponibles à partir des centres spécialisés, des hôpitaux et des prisons. Dans les centres spécialisés et les hôpitaux, le taux de séropositivité est passé de 33 % en 1991 à 29 % en 1993 (1). Dans les centres spécialisés de soins aux toxicomanes avec hébergement, il est passé de 41 % en 1989 à 33 % en 1991 (2) et de 18 % en 1993 à 13 % en 1994 (3). Dans les prisons, à partir de l'enquête «un jour donné», ce taux était de 5,8 % en 1990 et de 2,8 % en 1994 (4). Après une période de forte contamination un ralentissement des nouvelles contaminations chez les UDVI serait donc sensible en France, mais d'autres facteurs peuvent contribuer à la baisse de ces chiffres, comme par exemple le recours des toxicomanes infectés par le VIH à d'autres structures.

→ En conclusion, il semble qu'il existe en Europe de manière générale un infléchissement des tendances. Cependant, les données doivent être interprétées avec la plus grande prudence car la prévalence du VIH représente le risque cumulé au cours de la période de toxicomanie, et pas

nécessairement une mesure du risque récent d'infection. A l'évidence, il est nécessaire de travailler à partir d'échantillons de sources multiples pour obtenir des prévalences estimées sur l'incidence des nouvelles contaminations. Il serait également important d'obtenir des informations relatives aux pratiques de consommation des produits et à la prévention du risque d'infection chez les toxicomanes, ceci quel que soit le statut VIH des sujets enquêtés, afin d'orienter et d'adapter des activités de prévention. Toutefois, si l'on peut se montrer relativement optimiste quant à l'évolution de l'épidémie à VIH et quant à l'impact des activités de prévention chez les UDVI, il ne faut surtout pas relâcher les efforts en ce domaine. - Caroline Six

1 - «La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1993»

Ministère des affaires sociales de la santé et de la ville, documents statistiques, mars 1995, n° 222

2 - «Hébergement des toxicomanes infectés par le VIH au sein du dispositif spécialisé» Ministère des affaires sociales et de la solidarité, direction générale de la santé

3 - Six C., Hamers F., Ancelle-Park R., Brunet J.-B.

«Enquête semestrielle sur l'infection à VIH parmi les résidents des centres de soins spécialisés pour toxicomanes avec hébergement (juillet à décembre 1994)»

Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida

4 - Bourdillon F., Parpillon C., Bonnevie M.-C., Rousseau E.

«L'infection à VIH dans les établissements pénitentiaires»

Analyse de l'enquête un jour donné tendance 1988-1994

BEH, 1995, 26, 118-119