

LA SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE DU VIH/SIDA : UN OUTIL D'EVALUATION DE LA PREVENTION ?

Vladimir Martens, Observatoire du sida et des sexualités (FUSL), en collaboration avec

André Sasse, Institut scientifique de santé publique

Novembre 2012

Introduction

En promotion de la santé comme dans d'autres domaines de l'action publique, la question de l'efficacité des politiques ou des pratiques mises en œuvre occupe une place centrale. Les acteurs de terrain se questionnent en permanence sur la manière d'évaluer leurs actions et leurs pratiques. Les responsables politiques sont soucieux de l'utilisation adéquate des ressources allouées. Les médias et le grand public débattent de l'efficacité des actions d'une part et de la « bonne gouvernance » d'autre part. Ces interrogations sont légitimes mais on assiste parfois à des débats entre parties prenantes où règne une certaine confusion, due notamment à des raccourcis, des inexactitudes, des analyses partielles ou encore à des conceptions erronées de l'évaluation. Cette confusion donne lieu à des malentendus et à des dialogues de sourds entre les parties prenantes, ce qui peut mener à une paralysie de l'action ou à des décisions mal fondées.

Ce texte se propose d'alimenter la réflexion autour de ces enjeux à partir d'un domaine particulier, la surveillance et la prévention du VIH/sida en Belgique. La question de départ est de savoir quels sont les liens entre la surveillance épidémiologique d'une part et le dispositif de prévention (compris ici au sens large, incluant la prévention, le dépistage et les soins) d'autre part. Plus précisément, dans quelle mesure la surveillance épidémiologique peut-elle contribuer à mesurer l'impact des politiques de lutte contre le VIH/sida ou pour le dire autrement, peut-elle être considérée comme un outil d'évaluation de ces politiques ?

En premier lieu, nous présentons le type de données recueillies dans le cadre de la surveillance épidémiologique, les méthodes employées pour les récolter et les éléments qui permettent d'en assurer la qualité. Ensuite nous abordons brièvement le dispositif de prévention du VIH/sida mis en œuvre en Belgique. Un troisième point analyse les rapports existants entre surveillance et prévention.

Afin de faciliter la lecture de ce texte par des lecteurs non spécialisés, un bref lexique en annexe 2 propose une définition des termes marqués d'un astérisque.

1. La surveillance épidémiologique de l'infection au VIH et du sida en Belgique

En Belgique, l'Institut scientifique de santé publique (ISP) est chargé de la surveillance épidémiologique du VIH et du SIDA au niveau national, en collaboration avec les Laboratoires de référence SIDA (LRS ou ARL – Aids reference laboratory). L'institut recueille trois types d'informations par différentes méthodes (le détail des variables, des sources utilisées, des méthodes et du type d'information est repris au tableau 1).

1/ L'enregistrement du nombre de personnes pour lesquelles un diagnostic VIH positif au cours d'une année a été posé, ainsi que des données relatives au profil de ces personnes (lignes 1a et 1b du tableau 1). Contrairement à d'autres pays comme la France qui l'ont mis en œuvre plus tardivement, cet enregistrement a lieu depuis le début de l'épidémie (1985). Étant donné les fréquentes confusions à ce sujet, il convient de rappeler la différence existant entre le nombre de nouvelles infections par an, qui correspondrait à l'incidence* réelle, et le nombre de nouveaux diagnostics, équivalant au nombre de personnes infectées (parfois des années auparavant) qui ont fait un dépistage et ont fait l'objet d'un diagnostic positif confirmé. Parmi l'ensemble des personnes infectées par le VIH, seule une partie a réalisé un test de dépistage et a pris connaissance du résultat. On estime ainsi qu'en Europe, 30% des infections n'ont pas été diagnostiquées (EuroHIV, 2007).

Parmi les 1196 diagnostics posés au cours de l'année 2010, une partie concerne des cas d'infection récents (datant de quelques mois), d'autres beaucoup plus anciens (plusieurs années). Les 1196 cas ne constituent donc pas l'incidence* du VIH pour l'année 2010.

L'estimation de l'incidence* « réelle » nécessite des études spécifiques utilisant des modélisations sophistiquées basées sur une série d'hypothèses. Elle a notamment été calculée en France pour la période 2003-2008 de manière globale (17/100.000 personnes/an en 2008) et pour les différents groupes de transmission (Le Vu et al., 2010). De telles études n'ont pas été menées en Belgique jusqu'à présent.

2/ L'enregistrement des cas de sida¹ (selon la classification européenne de l'ECDC) et des données relatives au profil des patients et à la mortalité (ligne 2 du tableau 1) ;

3/ Des données relatives aux patients suivis médicalement, c'est-à-dire ceux pour lesquels au moins une mesure de charge virale* a été réalisée dans l'année (ligne 3 du tableau 1). Elles portent sur le profil de ces patients ainsi que sur leurs contacts avec les services spécialisés dans la prise en charge du VIH à la suite du diagnostic, et sur leur maintien dans le circuit des soins [entry and retention in care] (Van Beckhoven et Sasse, 2011). On peut considérer que le nombre de patients donne une estimation de la prévalence*, mais celle-ci est très approximative puisque ne sont pas comptabilisés les non diagnostiqués et les non-suivis médicalement.

Les données relatives à la prévalence* ou encore aux connaissances, attitudes, comportements vis-à-vis du VIH parmi différents publics sont recueillies à travers d'autres dispositifs qui ne seront pas abordés dans ce texte.

¹ Il convient de rappeler la différence entre un diagnostic de VIH, réalisé au moyen d'un test de dépistage, et un cas de sida, identifié par la présence de maladies opportunistes dues à la baisse de l'immunité.

Tableau 1 : Données épidémiologiques recueillies par l'Institut de santé publique

	TYPE D'INFORMATION	VARIABLES	UNITE	SOURCE	MODE DE RECUEIL DE DONNEES
1	<p>a. Nombre total de personnes pour lesquelles un diagnostic <u>VIH</u> positif a été posé au cours d'une année en Belgique</p> <p>b. Situation épidémiologique en Belgique, profil des personnes pour lesquelles un diagnostic <u>VIH</u> positif a été posé au cours d'une année</p>	<p>Nouveau diagnostic infection VIH/an confirmé</p> <p>Age, sexe, nationalité, comportements à risque, stade clinique au moment du diagnostic VIH</p>	<p>Personnes diagnostiquées <u>VIH+</u></p> <p>Personnes diagnostiquées <u>VIH+</u></p>	<p>Laboratoire de référence sida (LRS ou ARL)</p> <p>Médecin ayant diagnostiqué une infection au VIH</p>	<p>Résultat du test de confirmation sur sérums positifs lors test dépistage</p> <p>Formulaire standardisé</p>
2	Profil des personnes diagnostiquées malades du <u>SIDA</u> et mortalité au cours d'une année	<p>Date de notification et de diagnostic SIDA, âge, sexe, état civil, nationalité, « origine ethnique », lieu de résidence, voie de transmission probable, sérologie VIH1 et/ou 2, diagnostic des entités cliniques indicatives du SIDA. Décès éventuel, date de dernière consultation.</p>	Personnes diagnostiquées malades du <u>SIDA</u>	Médecin ayant diagnostiqué un SIDA (selon la définition européenne de l'ECDC)	Formulaire standardisé
3	Profil, contact avec les services spécialisés et maintien dans les soins des patients (donne une estimation de la prévalence*)	<p>Profil : Age, sexe, année de diagnostic, nationalité, mode de transmission probable</p> <p>Contact avec services spécialisés : au moins une mesure de charge virale ou de CD4 après le diagnostic</p> <p>Maintien dans les soins: nombre de périodes de six mois après le 1^{er} contact avec un service VIH comprenant au moins une mesure de charge virale ou de CD4 au cours des deux premières années suivant le diagnostic</p>	Patients suivis médicalement (au moins une mesure de charge virale* réalisée dans l'année par un LRS)	Centres de référence sida (CRS et ARC)	Fichiers de données complétés sur la base d'un protocole

Tout dispositif de recueil d'informations sanitaires comporte ses points forts et ses limites. En Belgique, la qualité des données est garantie par plusieurs mécanismes :

- Un premier test de dépistage positif doit être suivi par un test de confirmation réalisé exclusivement par l'un des sept laboratoires de référence sida existant en Belgique. En outre, les laboratoires enregistrent la date de confirmation du test (non la date à laquelle ce résultat fait l'objet d'un rapport à l'ISP, comme le font certains autres pays européens). Ensemble, les sept laboratoires détiennent ainsi la totalité des données relatives aux nouveaux diagnostics posés sur l'ensemble du territoire au cours d'une année civile et ces données sont ensuite publiées dans leur intégralité.

- En ce qui concerne l'enregistrement des nouveaux diagnostics d'infection, les éventuels retards dans la transmission des informations par les laboratoires de référence sont compensés par le fait que l'ISP attend six mois avant de consolider les données après la clôture d'une année civile. Le nombre de nouveaux diagnostics pour une année, publié dans le rapport annuel au cours du mois de novembre de l'année suivante, représente ainsi exactement le nombre de nouveaux diagnostics posés au cours de l'année précédente. Les comparaisons des données belges avec celles publiées par des pays qui ne disposent pas de l'ensemble des informations sur les nouveaux diagnostics posés au cours d'une année doivent donc se faire avec beaucoup de prudence, puisque ces dernières devront faire l'objet d'un ajustement ultérieur. Cet ajustement est d'ailleurs pris en compte dans les données publiées par l'ECDC qui, sans cet ajustement, montrent systématiquement une diminution de l'incidence* pour la dernière année en raison du retard (ECDC, 2011).

- L'enregistrement étant anonyme et plusieurs tests de confirmation pouvant être effectués pour un même patient, il y a un risque de doubles enregistrements. Les données prises en compte ne concernent que les patients pour lesquels ce risque peut être exclu.

Les limites de ces données doivent également être mentionnées :

- Si le nombre de diagnostics VIH posés au cours d'une année est exact, les données relatives au profil des patients diagnostiqués manquent dans 30% des cas. Le taux de retour des questionnaires remplis par les médecins est en effet de 70% et semble représenter un plafond indépassable. Dans la mesure où cette fraction est constante, on estime que ce manque de données n'empêche pas la comparaison entre différentes périodes et l'observation de tendances. On considère que les 30% de données manquantes sont distribués au hasard et ne constituent pas un biais. Une hypothèse alternative serait que les non-retours de questionnaires concernent en particulier certaines catégories de patients (exemple : les migrants auprès desquels il serait plus difficile de collecter des informations) mais aucune indication ne permet de confirmer cette hypothèse.

- En ce qui concerne le nombre de cellules CD4/mm³ au moment du diagnostic, les données étaient, en 2010, disponibles pour 52% des patients seulement. Elles ont donc été extrapolées à l'ensemble des patients.

- Des retards peuvent survenir en ce qui concerne la notification des cas de sida, ce qui rend les données relatives à la dernière année incomplètes. C'est pourquoi un ajustement est réalisé en calculant une estimation du nombre de cas notifiés tardivement (sur la base des 5 ou 6 dernières années).

2. La prévention en Belgique et en FWB

Le dispositif de prévention du VIH/sida peut être défini comme l'ensemble des programmes, projets et services visant de manière spécifique à prévenir les nouvelles infections, à détecter ces nouvelles infections et à prendre en charge les patients diagnostiqués positifs. Les principaux acteurs spécialisés dans la lutte contre le VIH/sida sont :

- des associations qui mettent en œuvre des programmes de prévention primaire à l'attention du grand public ou de groupes spécifiques ;
- des centres de dépistage du VIH et d'autres IST spécialisés ;
- des centres de prise en charge qui assurent le suivi psycho-médico-social des patients séropositifs.

Ces trois niveaux sont indissociables et s'influencent mutuellement (même si le paysage institutionnel de la Belgique a pour conséquence que les acteurs mobilisés par ces trois niveaux dépendent de ministères et de niveaux de compétences différents). Par exemple, une association peut mettre en œuvre une campagne de communication visant à encourager un public cible à recourir au dépistage ; les professionnels du dépistage peuvent assurer une réorientation adéquate des patients dépistés séropositifs vers les services de soins spécialisés. En prenant en charge un patient nouvellement diagnostiqué et en lui proposant un traitement et un accompagnement psychosocial adaptés, les professionnels de la santé contribuent non seulement à la qualité de vie de ce patient mais aussi à la réduction du risque de transmission en lui proposant des programmes de « prévention positive » (ainsi qu'en réduisant sa charge virale* qui diminuera la probabilité d'une transmission en cas de rapports non protégés).

L'offre des organismes de prévention, de dépistage et de soins spécialisés en matière de VIH complète celle du système de santé plus large (services de promotion de la santé à l'école, centres de planning familial, médecine de ville, hôpitaux, etc.). La contribution de chaque programme ou service du dispositif spécialisé (campagnes générales d'information ou de solidarité, actions de proximité, offres de dépistage et de soins, programmes d'éducation à la vie affective et sexuelle, etc.) dans la réponse apportée à l'épidémie est difficile à établir. Il en est de même concernant la contribution respective du dispositif spécialisé d'une part et celle du système de santé dans son ensemble, d'autre part. Ces dispositifs s'inscrivent en outre dans un contexte social, politique et médiatique plus large avec lesquels ils interagissent et cette interaction influence également leur impact.

Pour une vue détaillée des organismes, projets et services spécifiques actifs à ces différents niveaux, nous renvoyons le lecteur au site www.strategiesconcertees.be pour la Belgique francophone et www.sensoa.be pour la partie néerlandophone.

3. Les liens entre prévention et évolution des nouveaux diagnostics

La diminution de l'incidence* d'un problème de santé ou d'une pathologie constitue d'évidence une des finalités de tout programme de prévention. En FWB, les « Stratégies concertées de la prévention des IST/sida » constituent le cadre de référence pour l'action élaboré par les intervenants selon un processus participatif. Un document précise les objectifs spécifiques, opérationnels, les stratégies et les critères d'évaluation identifiés par les intervenants pour l'ensemble des publics cibles. Les objectifs spécifiques y sont formulés comme suit (Martens, Parent et al., 2009, page 16) :

Objectifs spécifiques de la prévention des IST/sida en Belgique francophone (Martens, Parent et al., 2006)

Contribuer à diminuer l'incidence* et la prévalence* des IST et plus particulièrement du VIH, à réduire les vulnérabilités des différents publics cibles, à lutter contre les discriminations envers les publics vulnérables et plus particulièrement les personnes séropositives, et à promouvoir la solidarité.

Les acteurs impliqués dans ce processus de planification n'ont pas formulé d'objectifs chiffrés en matière d'incidence* et de prévalence* pour les différents publics cibles. Il s'agit en effet d'un exercice périlleux à maints égards : des données précises d'incidence ne sont pas disponibles et la prévalence*, du fait de l'efficacité des traitements antirétroviraux en terme d'augmentation de la durée de vie, a tendance à augmenter. La formulation de l'objectif spécifique doit donc plutôt être comprise comme une finalité générale à long terme. Les objectifs opérationnels sont formulés notamment en termes de changements de comportements (utilisation du préservatif, réduction des risques, recours au dépistage et réduction des discriminations, etc.).

Dans les médias destinés au grand public, ainsi que dans le discours des acteurs politiques, la situation épidémiologique est souvent prise comme seul indicateur de l'efficacité de la prévention ou encore des comportements de la population ou de groupes spécifiques. Un lien direct, mécanique est alors fait entre une augmentation des comportements à risque (documentée ou supposée selon les cas) et l'augmentation de l'incidence*, sans aucune démonstration.

Il est légitime et indispensable de s'interroger sur les liens entre efficacité de la prévention et situation épidémiologique. Cependant, les liens entre programmes de prévention, comportements à risque (et comportements de protection), nouvelles infections et nouveaux diagnostics sont complexes. Au sein d'une population, une épidémie d'IST (VIH ou autre) peut se diffuser de manière très différente parmi les sous-populations identifiées, en fonction de différents paramètres (Aral, Padian et Holmes, 2005) : moment et modalités d'apparition de l'épidémie, histoire naturelle et transmissibilité de l'infection, structure des réseaux sexuels, contexte démographique, économique, social et épidémiologique et état du système de santé. Pour la question qui nous occupe, celle des liens entre prévention et situation

épidémiologique, trois aspects doivent être particulièrement analysés : a) La chaîne des événements menant à une infection et à un diagnostic positif ; b) La distinction entre incidence* et nouveaux diagnostics ; c) La contribution des programmes de prévention à côté d'autres facteurs.

a) La chaîne des événements menant à une infection et à un diagnostic positif

Cet aspect est lié à l'histoire naturelle et la transmissibilité de l'infection. Un diagnostic VIH positif est le résultat de plusieurs événements successifs : un comportement à risque (rapport sexuel non protégé, utilisation d'une seringue non stérile pour injecter de la drogue, etc.), une exposition au VIH à l'occasion de ce comportement, la transmission du virus lors de cette exposition et un dépistage de la personne contaminée au moment où la présence du virus devient détectable par les techniques employées.

En amont du moment où un diagnostic VIH est posé chez un patient donné (à droite sur la ligne du temps, voir figure 1 ci-dessous), l'écart temporel entre chacun des événements ayant mené à une infection est impossible à déterminer avec précision (sauf éventuellement l'estimation d'un intervalle entre infection et diagnostic par un test d'infection récente – voir ci-dessous).

En effet, dans le cas d'une transmission sexuelle du VIH, celle-ci nécessite (1) qu'une personne soit active sexuellement (sauf dans le cas d'un viol). Les premiers rapports sexuels peuvent être protégés ou non ; les prises de risque (2) peuvent ainsi arriver dès le début de la vie sexuelle ou plusieurs mois ou années plus tard. Elles peuvent en outre être isolées, ponctuelles ou au contraire fréquentes, voire systématiques. Au cours de la vie sexuelle, des phases de protection plus ou moins longues peuvent être suivies par des périodes où les prises de risque sont plus fréquentes, etc.

Ensuite, l'intervalle entre les premières prises de risque, une exposition au risque (3) et une éventuelle infection (4) peut être très variable : la probabilité d'un rapport sexuel non protégé entre partenaires sérodifférents dépend de la prévalence dans un contexte donné et même dans ce cas, la probabilité que la transmission ait lieu est loin d'être égale à 100%¹. De plus, depuis la publication du « Swiss statement* » (Vernazza et al., 2008), on sait que dans les situations où trois conditions sont réunies (suivi scrupuleux du traitement, charge virale* indétectable depuis au moins six mois et absence d'IST), le risque de transmission est quasiment inexistant.

Dans le cas où une infection survient, le délai entre celle-ci et sa détection (5) par un test de dépistage peut également varier fortement. Hors traitement, des symptômes peuvent n'apparaître que plusieurs années (10 en moyenne) après une infection, ce qui amène généralement la personne concernée à entrer en contact avec les services de dépistage et de soins. D'autres ont recours au dépistage en l'absence de symptômes selon une démarche volontaire ou suite à la proposition d'un médecin ou un test de routine, mais là aussi dans des délais très variables.

¹ Plusieurs études et méta-analyses ont fourni des estimations de probabilités de transmission dans différentes populations pour différentes pratiques sexuelles. Par exemple, Vittinghoff et al. (1999) ont estimé la probabilité de transmission par contacts sexuel entre hommes pour six pratiques sexuelles, allant de 0,04% pour un rapport anal insertif protégé avec un partenaire séropositif ou séro-interrogatif à 0,82% pour un rapport anal réceptif non protégé avec un partenaire séropositif.

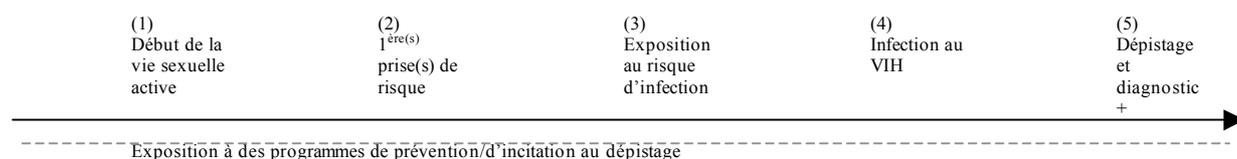
Différentes techniques permettent d'estimer ce délai, notamment la mesure du taux de CD4/mm³ au moment du diagnostic. Cette dernière permet de distinguer un diagnostic *très tardif* si ce taux est inférieur à 200, *tardif* s'il est compris entre 200 et 350 CD4 et *précoce* s'il est supérieur à 350. Un test d'infection récente, permettant de détecter les contaminations qui ont eu lieu depuis 6 mois ou moins (en moyenne) est utilisé dans certains pays (Cazein et al., 2010).

L'ISP publie les données relatives au dépistage tardif depuis 1998. A l'époque, 62% des infections VIH étaient diagnostiquées tardivement chez les patients belges. Une diminution est observée ensuite, avec pour l'année 2010 une proportion de 32% de diagnostics tardifs. On observe également une diminution de la proportion de diagnostics tardifs parmi les patients d'autres nationalités mais celle-ci est plus modérée (de 60% en 1999 à 47% en 2010). Les comparaisons entre belges et non belges doivent cependant être faites avec prudence. En effet, une partie des « nouveaux cas » dans le groupe des non-Belges correspond à des personnes infectées et parfois diagnostiquées avant leur arrivée en Belgique, qui doivent réaliser un dépistage pour pouvoir bénéficier d'un traitement. Afin de compléter ces données, l'ISP envisage d'inclure comme indicateur supplémentaire la date du dernier dépistage négatif dans le questionnaire rempli par les médecins.

L'influence des programmes de prévention sur cette chaîne peut opérer à plusieurs moments et selon des fréquences variables : un individu peut avoir bénéficié (ou peut ne pas avoir bénéficié) – de manière plus ou moins efficace – d'un ou plusieurs programmes de prévention avant l'entrée dans la vie sexuelle ainsi qu'après.

Cette analyse des étapes menant à une éventuelle infection montre ainsi qu'elles peuvent être séparées par des intervalles de temps très variables. Par conséquent, certaines des infections détectées au cours de l'année 2010 peuvent avoir été contractées quelques mois ou plusieurs années avant le diagnostic ; si elles sont toutes le fruit d'une prise de risque, l'individu peut avoir pris des risques bien avant l'infection ou uniquement au moment de l'infection. Et il peut avoir été exposé à des programmes de promotion de la santé sexuelle à un, à plusieurs ou à aucun moment de sa trajectoire.

Figure 1 : Événements menant à une infection au VIH par voie sexuelle



Ce qui est décrit ci-dessus pour un cas d'infection peut être transposé pour des tendances plus

générales. Les tendances épidémiologiques observées ces dernières années sont ainsi dues à des événements pouvant s'étaler fortement dans le temps.

b) La distinction entre incidence* et nouveaux diagnostics

En prenant en compte ce qui a été exposé plus haut, on comprend qu'une infection au VIH est un événement différent d'un diagnostic VIH et les facteurs qui contribuent à ces deux événements ne sont pas tout à fait les mêmes, même si ces deux niveaux sont évidemment liés.

En ce qui concerne l'incidence*, des facteurs de nature et de niveaux différents doivent être pris en compte. Des facteurs sociaux, comportementaux et bio-médicaux interviennent à chaque niveau (niveau individuel, niveau des partenariats, des réseaux sexuels, des sous-populations et de la population dans son ensemble). Ces niveaux sont eux-mêmes en interaction (Aral, Padian et Holmes, 2005). Par exemple, Fenton et Imrie (2005) ont élaboré un cadre conceptuel qui identifie les facteurs à différents niveaux qui expliquent la recrudescence des IST dans les réseaux de HSH dans les pays industrialisés observée à la fin des années nonante (voir annexe 1). Leur analyse ne concerne pas le VIH mais elle peut en grande partie s'y appliquer.

On a observé ces dernières années des modifications substantielles à certains de ces niveaux qui ont entre eux des interactions et qui expliquent au moins en partie l'augmentation de l'incidence* actuelle :

- la prévalence* (en population générale ou dans un groupe particulier) : dans un contexte où les traitements antirétroviraux sont de plus en plus efficaces, la durée de l'épidémie et la diminution de la mortalité ont pour conséquence directe une augmentation de la prévalence*¹. L'amélioration de la qualité de vie des personnes séropositives a aussi pour elles comme conséquence la possibilité de s'engager ou se réengager dans une activité sexuelle. Ces deux facteurs contribuent à augmenter la probabilité, pour une personne séronégative, de rencontrer un partenaire séropositif.

- le type et la fréquence des comportements à risque (rapports sexuels non protégés ou utilisation de seringues non stériles). Par exemple, on a observé dans plusieurs pays européens depuis la fin des années 1990 ou le début des années 2000 une augmentation des pénétrations anales sans préservatif entre partenaires de statut sérologique différent ou inconnu dans plusieurs enquêtes menées parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) (Laporte, 2002).

- le niveau de charge virale* de la personne séropositive (pour le risque individuel) ou la charge virale communautaire* (pour le risque populationnel), puisqu'il est prouvé qu'une charge virale* indétectable sous certaines conditions rend la transmission du VIH très peu probable (Vernazza et al., 2008). Un dépistage et une mise sous traitement précoces permettent ainsi en principe de réduire la diffusion du VIH.

- la prévalence* d'autres IST, puisque le fait d'être porteur d'une IST augmente la probabilité d'une infection au VIH en cas de rapport sexuel non protégé².

En ce qui concerne les nouveaux diagnostics, en plus des facteurs ci-dessus qui déterminent

¹ Comme dit plus haut au début du point 3, cette augmentation automatique de la prévalence comme conséquence paradoxalement positive des avancées thérapeutiques est en contradiction avec l'objectif de diminution de la prévalence inscrit dans les Stratégies concertées ; il faut y voir une finalité à très long terme plus qu'un objectif réaliste à court et moyen termes.

² Pour rappel, en cas de rapport sexuel non protégé entre partenaires de statut sérologique différent, si une personne séropositive est porteuse d'une IST, cela augmente la probabilité de transmettre le VIH ; si une personne séronégative est porteuse d'une IST, cela augmente la probabilité qu'elle soit infectée par le VIH.

l'incidence*, il faut tenir compte de la part des personnes infectées qui réalisent un test de dépistage au moment où le virus est détectable (au-delà de la période-fenêtre). Ainsi, l'augmentation du nombre de nouveaux diagnostics sur une année peut être due à l'augmentation du nombre d'infections au cours de l'année et des années précédentes et/ou à l'augmentation du nombre de personnes infectées réalisant une démarche de dépistage. Certaines augmentations constatées peuvent être dues à un plus grand recours au dépistage sans augmentation des nouvelles infections, comme cela a été démontré en Grande-Bretagne pour une période de l'épidémie (Dougan, Elford et al., 2006). Des services de dépistage plus accessibles ou plus ciblés, des programmes d'incitation au dépistage ou encore un contexte social moins stigmatisant pour les personnes séropositives peuvent contribuer à augmenter le nombre de dépistages et de diagnostics positifs. Les données relatives aux nouveaux diagnostics devraient être mises en perspective avec les données relatives au dépistage (politiques, pratiques, nombre annuel, comportements des usagers, etc.) au cours de la même période afin de permettre de déceler si des changements sur le plan des comportements de dépistage peuvent jouer un rôle dans les tendances observées.

c) La contribution des programmes de prévention

Une difficulté supplémentaire porte sur l'évaluation du rôle respectif des programmes de prévention et des autres facteurs dans les tendances épidémiologiques observées. Contrairement à des dispositifs de recherche expérimentale qui permettent de constituer deux groupes, l'un qui bénéficie d'une intervention et l'autre qui n'en bénéficie pas ou à qui l'on administre un placebo (groupe contrôle), la surveillance épidémiologique ne permet pas d'établir de groupe contrôle. Il est ainsi impossible de déterminer quelle serait la situation épidémiologique en l'absence de toute intervention, toute chose égale par ailleurs.

De plus, en dehors de l'exposition à des programmes de prévention, des facteurs très divers peuvent aussi à tout moment avoir une influence sur la vie sexuelle et les éventuelles prises de risque. De nombreux modèles de différentes disciplines (psychologie de la santé, promotion de la santé, sociologie, etc.) ont tenté d'identifier les facteurs qui déterminent l'adoption de comportements de protection ou qui au contraire favorisent les prises de risque : facteurs démographiques, éducationnels, environnementaux, institutionnels, etc. (voir par exemple : Delor et Hubert, 2000 ; Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Green et Kreuter, 2005).

Conclusion

Nous avons rappelé les caractéristiques du système de surveillance du VIH/sida en Belgique qui permettent d'assurer la qualité des données épidémiologiques. Ensuite, nous avons tenté d'analyser les liens complexes entre la prévention et les données de surveillance, en montrant que celles-ci ne sont pas la conséquence directe de celle-là.

L'augmentation du nombre annuel de diagnostics positifs observée ces dernières années est le résultat d'infections en partie récentes, en partie anciennes, et pourrait s'expliquer en partie par le recours accru au dépistage parmi les personnes effectivement exposées. Parmi les multiples facteurs en jeu dans cette augmentation, certains échappent aux programmes de prévention alors que d'autres peuvent être influencés par de tels programmes : amélioration des connaissances relatives aux modes de transmission et aux moyens de protection adéquats, augmentation de l'accès à des services de dépistage et de soins adaptés, renforcement des capacités de négociation du préservatif, etc.

Ces considérations ne mettent pas en question l'utilité des données épidémiologiques. Celles-ci permettent, pour autant qu'elles soient analysées avec rigueur en tenant compte de leurs limites, de suivre l'évolution de l'épidémie et de déterminer les modes de transmission prédominants, les classes d'âge les plus touchées, l'évolution dans la précocité du recours au dépistage, etc. Depuis 2006, des données relatives aux patients suivis médicalement permettent également de mieux connaître leur profil et de disposer d'informations longitudinales concernant leur suivi.

En termes de programmes de prévention et de dépistage, ces données contribuent à l'identification des individus et des groupes qui doivent faire l'objet d'une attention prioritaire et à la formulation d'objectifs sur des bases scientifiques.

Dans un contexte épidémiologique et thérapeutique de plus en plus complexe, il est plus que jamais indispensable de disposer de données d'autres natures qui permettent de compléter les données épidémiologiques. Les enquêtes relatives aux connaissances, attitudes et comportements face au VIH en sont un exemple et font l'objet de recommandations au niveau européen (ECDC, 2011). De plus, une attention doit être accordée à l'amélioration de la qualité des interventions elles-mêmes. Enfin, des informations à un niveau plus « macro », notamment celles relatives aux politiques menées en matière d'accès au dépistage et aux soins sont nécessaires (Balthazar et al., 2002).

Annexe 1 : Un cadre conceptuel pour comprendre les raisons de la recrudescence des IST parmi les HSH (adapté de Fenton et Imrie, 2005)

NB : Ce cadre conceptuel est une adaptation d'un cadre initial destiné à comprendre les raisons de la recrudescence des IST (à l'exception du VIH) au début des années 2000 au Royaume-Uni. Nous l'avons actualisé et adapté afin de prendre en compte le VIH et des données récentes relatives aux traitements et à l'épidémie notamment. Il vise surtout à montrer les différents niveaux en interaction dans la diffusion de l'épidémie et doit être lu de manière dynamique, des facteurs pouvant évoluer ou de nouveaux déterminants pouvant apparaître.

Niveau individuel

Changements démographiques

- Augmentation de la proportion d'hommes rapportant des expériences et rapports avec d'autres hommes
- Augmentation de la survie des HSH séropositifs grâce aux traitements antirétroviraux
- Augmentation de la population de HSH séropositifs (prévalence*)

Comportements sexuels à risque

- Augmentation des prises de risque
- Taux de changement de partenaires accru
- Augmentation du multipartenariat
- Serosorting accru (IST)
- Augmentation du sexe tarifé

Déterminants du comportement sexuel à risque

- Consommation de drogues récréatives
- Problème de santé mentale (dépression)

Comportements vis-à-vis du dépistage

- Augmentation du recours au dépistage

Agents infectieux

- Résistances et interactions entre IST
- Résistance antimicrobienne et antirétrovirale
- Interaction entre VIH et IST bactériennes
- Synergie épidémiologique
- Charge virale communautaire*

Environnement socioculturel

Développement du marché sexuel

- Internet
- Sexe dans lieux de consommation (saunas etc)
- Circuits, sex parties
- Tourisme sexuel

Statut socio-économique

- Statut socio-économique bas
- Niveau d'éducation bas

Environnements culturels changeants qui favorisent les comportements à haut risque

- « Barebacking »
- Discrimination (augmentation ou diminution)
- Homophobie
- Optimisme vis-à-vis des traitements ARV

Politiques de santé et environnement bio-médical

Politiques et paradigmes de prévention

(In)capacité des services de santé à intervenir de manière effective/efficace

- Professionnels de santé pas formés à accueillir une population HSH et à résoudre leurs questions et problèmes
- Qualité et accessibilité de l'offre de dépistage IST/VIH
- Disponibilité des traitements ARV

Annexe 2 : Lexique

Charge virale (plasmatique) : Quantité de virus présente dans le plasma sanguin.

Charge virale communautaire (CVC) : La charge virale communautaire est la quantité de virus circulant dans une communauté, calculé à partir de la charge virale des personnes séropositives de cette communauté. Elle est considérée dans certaines études comme un indicateur du risque de transmission du VIH dans une communauté donnée. Cependant, la CVC ne peut être mesurée que sur base de la moyenne des mesures de charge virale des patients séropositifs diagnostiqués et suivis. Cette méthode ne permet pas de prendre en compte les personnes ignorant leur statut sérologique et notamment les personnes en primo-infection, ce qui limite les possibilités d'en faire un indicateur du risque de transmission dans une communauté (Supervie, 2012).

Incidence : Nombre de nouveaux cas d'une infection ou d'une maladie enregistrés au cours d'une période de temps donnée (généralement un an).

Prévalence : Proportion de personnes atteintes d'une infection ou d'une maladie dans une population donnée à un moment donné.

Swiss statement (avis suisse) : Avis de la Commission Fédérale pour les problèmes liés au sida (CFS), paru en 2008 dans le Bulletin des Médecins suisses, intitulé « Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle » (Vernazza, Hirschel et al., 2008). Le texte de l'avis précise les conditions auxquelles cette affirmation reste valable :

- la personne séropositive applique le traitement antirétroviral à la lettre et est suivie par un médecin traitant;
- la charge virale* (CV) se situe en-dessous du seuil de détection depuis au moins six mois (autrement dit: la virémie doit être supprimée depuis au moins six mois);
- la personne séropositive n'est atteinte d'aucune autre infection sexuellement transmissible.

Références

- Aral Sevgi O., Padian Nancy S., Holmes King K. (2005), « Advances in multilevel approaches to understanding the epidemiology and prevention of sexually transmitted infections and HIV : an overview », *The Journal of Infectious Diseases*, n° 191 (suppl. 1), p. S1-S6.
- Balthasar Hugues, Spencer Brenda, Jeannin André, Dubois-Arber Françoise (2002), *Comparaison internationale des résultats des politiques de lutte contre le VIH/SIDA : rapport sur mandat de l'Instance d'évaluation de la politique de lutte contre le sida (France)*, Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 97 p.
- Bruchon-Schweitzer Marilou (2002), *Psychologie de la santé : modèles, concepts et méthodes*, Paris, Dunod, 440 p.
- Cazein Françoise, Lot Florence *et alii* (2010), « Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2009 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 45-46, p. 465-472.
- Delor François, Hubert Michel (2000), « Revisiting the concept of 'vulnerability' », *Social Sciences & Medecine*, vol. 50, n° 11, juin, p. 1557-1570.
- Dougan Sarah, Elford Jonathan *et alii* (2006), « Does the recent increase in HIV diagnoses among men who have sex with men in the United Kingdom reflect a rise in HIV incidence or increased uptake of HIV testing ? », *Sexually Transmitted Infection*, November, n° 83, p. 120-125.
- EuroHIV (2007), « HIV/AIDS Surveillance in Europe. Mid-year report 2006 », Saint-Maurice, French Institute for Public Health Surveillance, n° 74.
- European Centre for Disease Prevention and Control (2011), *Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe*, Technical report, Stockholm, ECDC, 164 p.
- European Centre for Disease Prevention and Control/World Health Organization-Regional Office for Europe (2011), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2010*, Stockholm, ECDC, 89 p.
- Laporte Anne (2002), « Un nouveau relâchement des comportements de prévention chez les homosexuels masculins : rôle des avancées thérapeutiques ? », *Eurosurveillance*, volume 7, n° 2, février, p. 15-16.
- Fenton Kevin A., Imrie John (2005), « Increasing rates of sexually transmitted diseases in homosexual men in Western Europe and the United States : Why ? », *Infectious Disease Clinics of North America*, n° 19, 311-331.
- Green Lawrence W, Kreuter Marshall W (2005 [1974]), *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach*, New-York, McGraw-Hill, 458 p.
- Le Vu Stéphane, Le Strat Yann *et alii* (2010), « Population-based HIV-1 incidence in France, 2003–08 : a modelling analysis », *Lancet Infectious Disease*, vol. 10, n° 10, Octobre, p. 682-687.
- Martens Vladimir, Parent Florence et les acteurs de la prévention des IST/Sida en Communauté française (2009), *Stratégies concertées de la prévention des IST/Sida en Communauté française. Une analyse commune pour l'action*, Bruxelles, Observatoire du sida et des sexualités (FUSL).
- Sasse André, Defraye Ann (2009), « HIV infections and STI co-infections in men who have sex with

men in Belgium : sustained increase in HIV diagnoses », *Eurosurveillance*, n° 14 (47).

Sasse André, Verbrugge Ruth, Van Beckhoven Dominique (2011), *Épidémiologie du sida et de l'infection à VIH en Belgique : Situation au 31 décembre 2010*, Bruxelles, Institut scientifique de santé publique (ISP), 45 p.

Supervie Virginie (2012), « Charge virale communautaire, de l'idée à la réalisation », *Transcriptases*, n° 147, hiver 2011-2012, p. 15-17.

Van Beckhoven Dominique, Sasse André (2011), « Entry and retention in care of HIV-Infected patients newly diagnosed in Belgium », *13th European Aids Conference*, Belgrade, 12-15 octobre 2011.

Vernazza Pietro, Hirschel Bernard *et alii* (2008), « Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle », *Bulletin des médecins suisses*, 89-5.

Vittinghoff Eric, Douglas John *et alii* (1999), « Per-contact risk of human immunodeficiency virus transmission between male sexual partners », *American Journal of Epidemiology*, 150(3), p. 306-11.