

La surveillance de deuxième génération du VIH : un nouvel instrument de santé internationale pour la prise de décision

Présenté dans le cadre de la journée
La santé publique internationale : expériences et défis, lors des
6^{es} Journées annuelles de santé publique du Québec.
www.inspq.qc.ca/jasp

Alix Adrien,
Institut national de santé publique du Québec
Direction de la santé publique, RRSSS Montréal-Centre
Québec, 20 novembre 2002

Bonjour,

--♦♦ Merci de l'invitation. C'est essentiellement de l'évolution de la surveillance du VIH dont je vais vous parler aujourd'hui. Comment cette évolution pourrait s'appliquer dans d'autres domaines pourrait être l'objet d'une autre présentation !

--♦♦ Quelles sont les données dont nous avons maintenant besoin dans le domaine de l'infection du VIH?

Quels sont les niveaux et tendances de l'infection du VIH?

Qui se fait infecter?

Qui est à risque ou vulnérable à l'infection du VIH?

Quel est l'impact de l'épidémie?

La réponse est-elle efficace?

--♦♦ Vous avez ici les principales forces et faiblesses de la surveillance de première génération qui a débuté dans plusieurs pays au début des années 90.

Forces

Relativement simple et bon marché

Augmente la sensibilisation et l'engagement des décideurs

Elle aide à la planification par des

Activités ciblées...et

Évalue le succès de ces interventions.

Faiblesses

pas de surveillance comportementale

Peu utile pour alerter précocement

Faible utilisation de données d'autres sources

Ressources ciblées sur la population générale

Pas appropriée pour des épidémies "lentes" ou "matures"

Il est difficile de tirer des estimations de la prévalence du VIH

--♦♦ C'est à cause de ces faiblesses et aussi à cause de la progression de l'épidémiologie du VIH dans le monde que le besoin s'est fait sentir d'avoir un système de surveillance non pas "nouveau ou différent" mais "amélioré". On appelle ce système la surveillance de 2^e

génération (SSG) en référant au fait qu'il est, comme nous l'avons vu, bâti sur les leçons apprises durant la première décennie de la surveillance du VIH. Les principales caractéristiques de ce système sont décrites dans cette diapositive. Il s'agit également du plan de ma présentation aujourd'hui. J'essaierai de vous montrer que ce système offre une approche qui est plus flexible et capable de s'adapter à la diversité de l'épidémie du VIH dans les différents pays et parfois entre les différentes régions d'un même pays. Il intègre systématiquement la surveillance biologique (SIDA, VIH) avec la surveillance des "RISQUES" (comportements, IST).

--♦♦ On s'efforce maintenant d'utiliser des nouvelles méthodologies et de s'appuyer sur les systèmes existants en renforçant leur pouvoir explicatif et en faisant un meilleur usage de l'information qu'ils produisent.

Enfin il ne s'agit pas d'un système prescriptif et tous les pays ne doivent pas l'appliquer au même moment et de la même façon. Il s'adapte au niveau épidémique de la région ou du pays. Je finirai par quelques remarques sur les utilisations et les limites d'un tel système.

---♦♦ Quand il fut question de cette présentation il y a plusieurs mois, je devais partir incessamment pour le Pakistan dans le cadre d'un projet de soutien au développement de la surveillance de 2nd génération. Mais, comme vous le savez, les risques de guerre avec l'Inde ont fait que le projet a été retardé. En fait je pars samedi pour le Pakistan. Je n'ai donc pas de données personnelles à vous offrir à ce sujet.

- STI Surveillance Meeting, February 2002, in Treviso, Italy

- Workshop on Monitoring Behaviors as a Component of Second Generation Surveillance in Asia, May 2002 in Bangkok, Thailand

- Meeting on Monitoring and Evaluation of HIV Policies and Programs for Young People held in June 2002 in Saas-Fee, Switzerland

- Meeting of Second Generation Surveillance Revisited: Experiences from the field and lessons learned, 4 – 6 July 2002, Barcelona

----♦♦ J'utiliserai donc les données présentées dans les dernières rencontres (conclaves) qui ont traité de ce sujet. Les lignes directrices d'ONUSIDA/OMS est le document fondateur du concept.. Publié en 2000... il n'offre pas de cadre conceptuel pour faire intégration des données biologiques et comportementales.

■ Rend compte de la diversité de l'épidémie du VIH dans différentes régions

--♦♦-Quand on voit des progressions importantes de l'épidémie, comme c'est le cas en Asie en ce moment, il est important de mieux comprendre les différentes dynamiques sous jacentes. Pour illustrer cette diversité, prenons comme exemple l'Asie. Dans ce continent, l'épidémie consiste en plusieurs épidémies inter reliées entre elles. Par exemple à Hanoi, 1 professionnel du sexe sur 5 s'injecte et le ¼ des UDI sont allés voir un professionnel du sexe durant la dernière année; à Delhi, 33% des UDI sont allés voir une professionnelle du sexe le mois précédent l'étude.

■ Intègre la surveillance biologique (SIDA, VIH) avec la surveillance des "RISQUES" (comportements, IST)

--♦♦ Encore une fois, en plus de la nécessité de comprendre non seulement où l'épidémie s'en allait (la prévalence, l'incidence), le besoin s'est fait sentir de comprendre comment l'infection se propageait.

L'information sur les comportements qui propagent l'épidémie donnent un contexte pour l'interprétation des données sur la prévalence du VIH. La SSG fait également un meilleur usage des autres sources d'information : données sur les IST, par exemple. Le défi, comme nous le verrons plus loin est d'intégrer l'ensemble de ces données, de les analyser de façon cohérente et d'en faire un usage approprié.

--♦♦ Maintenant que l'on s'est mis d'accord sur la nécessité d'intégrer les données de surveillance comportementale aux données de surveillance du VIH pour une meilleure compréhension de l'évolution de cette épidémie, comment développer une structure pour faire cette comparaison. C'est vraiment là où les débats se situent en ce moment aller au delà du simple constat de la nécessité de cette intégration et développer des façons de faire éprouvées, validées sous différentes conditions.

--♦♦ Comment donc faire cette comparaison de façon systématique? D'abord prendre le temps d'analyser les données comportementales et biologiques en relation les unes avec les autres. Des méthodes plus approfondies existent : les modèles mathématiques, par exemple.

--♦♦ Les informations sur les comportements nous donnent la possibilité de mieux ajuster nos efforts de prévention mais donnent également un contexte pour l'interprétation des données sérologiques de l'infection au VIH. Ainsi, quand la prévalence du VIH a commencé à diminuer chez les travailleuses du sexe au Cambodge, il a été possible d'expliquer ce déclin par la réduction des comportements à risque.

--♦♦ Il a été aussi possible de voir que si cette réduction des comportements à risque n'était pas maintenue, ici la diminution de l'utilisation du condom en 2002, la prévalence du VIH augmenterait à nouveau

--♦♦ on peut se demander si les données comportementales peuvent aider à "prédire" la prévalence du VIH. La réponse est oui, mais pas dans le contexte d'une seule d'étude transversale unique. C'est le constat d'une étude menée par Anne Buvé et collègue et publiée en 2001 (AIDS, 2001). Cette étude comparait deux villes à prévalence élevée d'infection au VIH et deux villes à prévalence basse de VIH en Afrique sub saharienne. Les auteurs ont trouvé que les différences dans le comportement sexuel ne pouvaient, par elles-mêmes, expliquer les différences dans la prévalence du VIH dans les 4 villes.. En effet, on ne peut évidemment pas savoir quand les comportements ont eu lieu en relation avec l'infection VIH. Les données comportementales et de VIH devraient donc être mesurées au niveau de la population de façon sérieuse

--♦♦ Même quand on a des données sur les tendances des comportements et de l'infection au VIH, les données sur les comportements ne prédisent pas toujours les données épidémiologiques car on ne peut prédire QUAND le VIH sera introduit dans les réseaux qui faciliteront la propagation de l'infection. Ainsi on peut observer le bas niveau d'utilisation du condom chez les professionnels du sexe en Indonésie entre 1996 et 2000. La prévalence du VIH est demeurée très basse dans cette population durant toutes ces années. Ce n'est qu'en l'an 2000 que la prévalence du VIH a soudainement augmenté dans plusieurs sites sentinelles. La surveillance comportementale, à elle-seule, n'aurait pas pu prédire cette évolution dramatique. Mais cela n'aurait pas dû empêcher l'implantation

d'interventions plus rigoureuses. C'est la même situation au Bangladesh où l'épidémie n'a pas encore atteint son plein potentiel dans plusieurs groupes à risque même si les comportements à risque sont bien documentés dans la SSG mené par FHI

--♦♦ Autre question d'actualité: Est-il nécessaire d'avoir des données comportementales et de VIH provenant des mêmes individus? Non. Dans le contexte d'une étude transversale, les comportements récents ne sont pas toujours reliés au statut VIH
Dans le contexte d'études transversales sériées, la relation entre les facteurs comportementaux et les tendances VIH est au niveau de la population, pas au niveau individuel

--♦♦ Il pourrait être plus pratique/économique de rassembler les données comportementales et les spécimens biologiques provenant de mêmes individus, mais en termes d'analyse, comparer les comportements récents au statut VIH est problématique car, comme je l'ai dit plus tôt, il est difficile de faire le lien temporel entre les deux. Il pourrait également y avoir un prix à payer en terme de biais de participation sans compter les considérations éthiques de consentement.

■ **SSG utilise des nouvelles méthodologies et fait un meilleur emploi des données produites par le système**

--♦♦ Vous avez ici une liste des méthodes qui peuvent être utilisées dans la SSG. Leur usage doit être adaptée au niveau épidémique. Les meilleurs résultats sont atteints en utilisant une combinaison de ces méthodes.

Surveillance biologique

Séro-surveillance sentinelle chez des sub-populations définies

Dépistage régulier de VIH pour le sang donné

Dépistage régulier éventuel de VIH chez les autres sous-populations

Dépistage de VIH de spécimens pris dans des études de population

On peut aussi signaler que l'utilisation des tests d'amplification pour les ITS a rendu encore plus facile l'inclusion de tests plus sensibles, plus spécifiques et plus faciles à utiliser pour l'inclusion de marqueurs biologiques dans les enquêtes.

Surveillance comportementale

Répéter les études d'échantillons dans la population générale

Répéter les études d'échantillons dans les sub-populations

Les autres sources d'information utilisées sont la surveillance de cas de VIH et de SIDA, les registres de décès, la surveillance des MTS, la surveillance de la TB et la surveillance des hépatites.

■ **Tient compte du niveau épidémique**

Peu active

Concentrée

Généralisée

--♦♦ Aux fins de la surveillance, l'ONUSIDA et l'OMS proposent une classification qui décrit l'épidémie par son état actuel – peu active, concentrée ou généralisée. Cette typologie

reconnait la possibilité pour un pays de passer d'un niveau épidémique à l'autre au cours du temps.

PEU ACTIVE:

- La prévalence du VIH n'a pas dépassée 5% de façon consistante dans aucune des sub-populations définies

CONCENTRÉE

- La prévalence du VIH est de plus de 5% de manière consistante dans au moins une des sub-populations définies mais de moins de 1% chez les femmes enceintes dans des régions urbaines.

GÉNÉRALISÉE

La prévalence du VIH est de plus de 1% de façon consistante chez les femmes enceintes dans l'ensemble du territoire

--♦♦ Dans les épidémies généralisées, on est intéressé à surveiller la prévalence du VIH dans la population générale; à mieux comprendre la direction future de l'épidémie à l'aide d'études comportementales dans les sub-populations avec des comportements à risque élevé

■ **Utilisations et limitations**

--♦♦ La plupart des pays n'ont pas une couverture adéquate de la surveillance comportementale chez des groupes de population appropriés et des régions géographiques. Les épidémies sont quelques fois ratées à cause de la concentration de la surveillance dans des régions d'intervention où il y a une forte proportion de donneurs. Cela a été le cas au Népal où il y a eu un écart entre les interventions existantes et planifiées avec les besoins réels de surveillance. C'est ainsi que le système de surveillance a « raté » une épidémie d'ITS et de VIH chez des migrants de retour d'Inde.

-- ♦♦ Signalons qu'aux États-unis, deux enquêtes rassemblent des données biologiques et comportementales:
the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES)
and the National Survey of Adolescent Males (NSAM)avec des taux de réponse satisfaisant. L'enquête NHANES rapportaient dans la phase 1988 à 1991 que , 83% des répondants avaient accepté de participer; 74% ont eu un examen médical et 67% une prise de sang.

-- ♦♦MERCİ à :

Dr. Carol Jenkins, USAID Asia

Dr. Cyril Pervilhac, UNAIDS/ SIF, Geneva

Dr. Tim Brown, Regional Center on HIV Analysis, Modeling and Policy

Mr Stephen Mills, Family Health International/Asia Regional Office

Dr. Tobi Saidel, Family Health International/Asia Regional Office

Dr. Carolyn Ryan, Centers for Disease Control and Prevention

Dr. Karen A. Stanecki, U.S. Bureau of the Census