

[10] Seng R, Rolland M, Beck-Wirth G, Souala F, Deveau C, Delfraissy JF, *et al.* Trends in unsafe sex and influence of viral load among patients followed since primary HIV infection, 2000-2009. *AIDS*. 2011; 25(7):977-88.

[11] Dab W. La sexualité française questionnée. *Transcriptase*. 1993; (14):23-7.

[12] Mizuno Y, Purcell DW, Latka MH, Metsch LR, Ding H, Gomez CA, *et al.* Is sexual serosorting occurring among HIV-positive injection drug users? Comparison between those with HIV-positive partners only, HIV-negative partners only, and those with any partners of unknown status. *AIDS Behav*. 2010; 14(1):92-102.

[13] Cazein F, Le Strat Y, Lot F, Bousquet V, Pinget R, Le Vu S, *et al.* Dépistage du VIH et découvertes de séropositivité, France, 2003-2010. *Bull Epidemiol Hebd*. 2011; (43-44):446-54. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=10153

[14] Cohen MS, Miller WC. Sexually transmitted diseases and human immunodeficiency virus infection: cause, effect, or both? *Int J Infect*. 1998; 3(1):1-4.

[15] Supervie V, Ndawinz J, Costagliola D. How to estimate the size of the hidden HIV epidemic? The case of France. *HIV in Europe 2012 Conference*; 2012 March 19-20, Copenhagen, Denmark. <http://www.hiveurope.eu/LinkClick.aspx?fileticket=i6WS2pEpztg%3D&tabid=163>

[16] Wilson DP, Law MG, Grulich AE, Cooper DA, Kaldor JM. Relation between HIV viral load and infectiousness: a model-based analysis. *Lancet*. 2008; 372(9635):314-20.

Citer cet article

Lorente N, Demoulin B, Marcellin F, Dray-Spira R, Spire B et le groupe Vespa2. Comportements sexuels des personnes vivant avec le VIH en France en 2011 : premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa2. *Bull Epidemiol Hebd*. 2013; (26-27):307-14.

> ARTICLE // Article

LA CO-INFECTION PAR LE VIRUS DE L'HÉPATITE C CHEZ LES PERSONNES INFECTÉES PAR LE VIH : DONNÉES DE L'ENQUÊTE ANRS-VESPA2

// COINFECTION WITH HEPATITIS C VIRUS IN PEOPLE LIVING WITH HIV: DATA FROM THE ANRS-VESPA2 SURVEY

Perrine Roux (perrine.roux@inserm.fr)^{1,2,3}, **Baptiste Demoulin**^{1,2,3}, **Philippe Sogni**^{4,5}, **Patrizia Carrieri**^{1,2,3}, **Rosemary Dray-Spira**^{6,7}, **Bruno Spire**^{1,2,3}, **France Lert**^{6,7}, **Fabienne Marcellin**^{1,2,3} et le groupe Vespa2

¹ Inserm, UMR912 (Sesstim), Marseille, France

² Aix-Marseille Université, UMR_S912, IRD, Marseille, France

³ ORS Paca - Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, Marseille, France

⁴ Unité d'hépatologie, Hôpital Cochin, AP-HP, Paris, France

⁵ Université Paris Descartes, Paris, France

⁶ Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations, Inserm, U1018, Villejuif, France

⁷ Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, UMRS 1018, Villejuif, France

Soumis le 13.04.2013 // Date of submission: 04.13.2013

RÉSUMÉ // Abstract

L'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) demeure un problème majeur de santé publique et pose des difficultés de prise en charge combinée de ces deux infections. L'enquête Vespa2 (VIH : Enquête sur les personnes atteintes) permet d'estimer la prévalence de l'infection par le VHC chez les PVVIH suivies à l'hôpital en France en 2011 et de mieux caractériser la population des personnes co-infectées.

Les résultats montrent qu'en 2011, 16,4% des PVVIH sont co-infectées par le VHC, dont près des deux tiers a une infection à VHC chronique. Parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH), la prévalence de la co-infection est de 6,4%. Elle est associée à des pratiques sexuelles particulièrement à risque car pouvant occasionner des lésions avec présence de sang (*fist fucking*). Parmi les PVVIH co-infectées, 58,2% ont déjà reçu un traitement pour le VHC, et les usagers (actuels ou passés) de drogue par injection demeurent une population sous-traitée.

L'arrivée de nouveaux traitements anti-VHC offrira un accès élargi et une efficacité supérieure par rapport aux traitements antérieurs. Les HSH doivent désormais faire partie des populations cibles de la prévention du VHC, avec des outils de « réduction des risques » qui restent à mettre en place.

HCV infection remains a major public health and clinical concern, especially among HIV-infected individuals, due to the difficulty of managing a double infection. The ANRS-VESPA2 survey, conducted in France among a representative sample of people living with HIV (PLWH) followed up at hospital, enabled us to estimate the prevalence of HCV infection in this population and to characterize people living with HIV and HCV.

In 2011, HIV-HCV coinfection concerned 16.4% of PLWH, of whom about two thirds had chronic HCV infection. Among men who have sex with men (MSM), the prevalence of coinfection was 6.4%. Coinfection in this group was significantly associated with reporting sexual practices at high risk of HCV transmission because of potential anal trauma with subsequent bleeding (fist fucking). Among coinfecting PLWH, 58.2% had already been treated for HCV. IDU were still less likely to be treated for HCV.

The forthcoming new HCV treatment options will allow widening access and improving virological response compared to previous HCV treatments. MSM should now become an additional target population for HCV prevention, which should be based on risk reduction tools that still need further development.

Mots-clés : Infection VIH, Infection VHC, Usagers de drogue, Co-infection

// **Keywords:** HIV infection, HCV infection, Drug users, Coinfection

Introduction

L'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) pose actuellement des problèmes majeurs de santé publique et de prise en charge combinée de ces deux infections. En effet, la prévalence de l'hépatite C ne diminue que faiblement dans certains groupes à risque¹. Même si la diffusion massive des outils de réduction des risques a permis de réduire l'incidence de l'infection à VHC chez les usagers de drogues par injection, de nouvelles populations apparaissent comme étant des groupes vulnérables, car à risque majoré de contamination et de transmission du VHC. C'est le cas des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) avec des pratiques sexuelles spécifiques² et des consommateurs de stimulants. Cependant, la prévalence de ces populations vulnérables chez les PVVIH reste méconnue. Par ailleurs, la co-infection VIH-VHC soulève des difficultés spécifiques pour la prise en charge de ces deux infections. Ces difficultés sont dues à de nombreux facteurs comme l'hépatotoxicité potentielle de certains médicaments antirétroviraux, l'évolution plus rapide de la maladie hépatique due, entre autres, à la fréquence du syndrome métabolique et de l'insulinorésistance, la plus faible efficacité et la toxicité des traitements anti-VHC classiques ou les possibles interactions avec les nouvelles trithérapies anti-VHC. Enfin, des problèmes d'accès au traitement anti-VHC, liés à la crainte d'une observance plus faible, persistent chez les personnes co-infectées, en particulier les plus vulnérables³.

Les dernières données nationales issues d'une enquête de l'Institut de veille sanitaire (InVS)⁴ montrent qu'en 2004, 24,3% des PVVIH étaient co-infectées par le VHC. Dans la première vague de l'enquête ANRS-Vespa (VIH : Enquête sur les personnes atteintes) conduite en 2003 sur 2 932 PVVIH suivies à l'hôpital, la proportion de PVVIH avec une date de diagnostic VHC confirmée était de 22%⁵. L'enquête Vespa2 permet aujourd'hui d'obtenir une estimation de la prévalence des patients co-infectés par le VHC chez les PVVIH suivies à l'hôpital en France en 2011 et de mieux caractériser la population des personnes co-infectées par le VIH et le VHC.

Les données collectées permettent en particulier de comparer les caractéristiques des personnes co-infectées ayant reçu un traitement pour le VHC

et de celles qui n'en ont jamais reçu. Ces informations devraient ouvrir des pistes permettant de mieux orienter la prise en charge du VHC au vu des enjeux actuels, parmi lesquels notamment l'arrivée de nouveaux traitements anti-VHC.

Enfin, les données de l'enquête Vespa2 permettent de vérifier la prévalence de la contamination VIH-VHC chez les HSH. De plus, la comparaison des comportements sexuels entre HSH co-infectés et non co-infectés permet d'identifier l'émergence de nouvelles pratiques à risque.

Méthodes

L'enquête Vespa2 a été menée en France en 2011 auprès de 3 022 patients VIH+ recrutés dans 73 services hospitaliers répartis sur le territoire métropolitain (voir le focus « Méthodologie générale de l'enquête ANRS-Vespa2 » dans ce même numéro). Concernant l'hépatite C, les informations suivantes ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire rempli par le médecin : infection par le VHC (oui/non) ; si oui : année de diagnostic, hépatite C chronique (oui/non), traitement (non renseigné dans le dossier médical, traitement en cours ou terminé depuis moins de six mois, traitement terminé depuis plus de 6 mois, aucun traitement). Pour les personnes dont le traitement était terminé depuis plus de six mois, la réponse virologique au traitement (succès/échec) devait également être renseignée. Nous avons considéré qu'une personne était co-infectée par le VHC si le médecin hospitalier en charge de son suivi déclarait que son patient avait présenté une infection par le VHC (guérie ou non) ou si des traitements pour le VHC figuraient dans la liste des prescriptions. De plus, nous avons considéré qu'une personne présentait une hépatite C chronique si le médecin déclarait que son patient avait une hépatite C chronique ou s'il signalait la prise actuelle ou l'exposition à des traitements pour le VHC dans les six derniers mois.

Des analyses descriptives ont permis d'estimer la prévalence de la co-infection par le VHC chez les PVVIH enquêtées. De plus, des analyses comparatives univariées (test exact de Fisher pour les variables catégorielles, test T d'égalité des moyennes pour les variables continues) ont permis de caractériser les PVVIH co-infectées en regard des autres PVVIH enquêtées. À cette fin, nous avons comparé

les caractéristiques suivantes entre ces deux populations: âge; genre; niveau d'études (inférieur *versus* supérieur au baccalauréat); statut d'emploi; perception de la situation financière (en difficulté *versus* pas de difficultés); perception des conditions de logement (logement stable *versus* logement instable); groupe socio-épidémiologique; consommations de cannabis, de tabac et d'alcool; qualité de vie physique et mentale (scores agrégés PCS et MCS de l'échelle *MOS SF-12*); diagnostic de dépression (*CIDI short-form*); caractéristiques liées au VIH (délai depuis le diagnostic, charge virale et taux de CD4 au dernier bilan), traitement pour le VIH au moment de l'enquête. Les groupes socio-épidémiologiques sont définis dans le focus « Méthodologie générale de l'enquête ANRS - Vespa2 ». Les principaux sont les HSH (n=1 337), les personnes ayant déjà consommé des drogues par injection ou les usagers de drogues par injection (UDI) (n=323), les migrants nés en Afrique subsaharienne (n=601) et les autres PVVIH (n=761). Ce dernier groupe est composé d'hétérosexuels et de migrants originaires de pays hors Afrique subsaharienne. Parmi les HSH, on trouve des personnes ayant déjà consommé des drogues par injection (désignés dans la suite du texte par le sigle de « HSH UDI », n=80).

Des analyses comparatives univariées ont aussi été effectuées entre les PVVIH co-infectées recevant des traitements pour le VHC ou ayant déjà été exposées à ce type de traitements par le passé et les PVVIH co-infectées qui n'ont jamais été exposées à ces traitements.

Enfin, nous avons comparé les comportements sexuels, et en particulier les pratiques sexuelles à risque, entre les HSH co-infectés et les autres HSH enquêtés.

Les résultats présentés sont pondérés et redressés, ce qui permet de disposer d'estimations extrapolables à l'ensemble de la population des PVVIH diagnostiquées depuis au moins six mois et suivies à l'hôpital en France en 2011.

Résultats

Prévalence de la co-infection par le VHC chez les PVVIH suivies à l'hôpital en France en 2011

L'information sur la co-infection par le VHC est disponible pour 3 004 des 3 022 participants à l'enquête (18 données manquantes). Au total, 16,4% de ces PVVIH sont co-infectées par le VHC, dont près des deux tiers présentent une infection chronique par le VHC (taux de prévalence de l'infection chronique : 10,2%). Le groupe socio-épidémiologique des UDI est le groupe le plus à risque de co-infection par le VHC (87,2% des UDI sont co-infectés) comparé au groupe des HSH (6,3% des HSH sont co-infectés) et au groupe des migrants nés en Afrique subsaharienne (4,5% de co-infectés). Chez les HSH UDI, le taux de prévalence de la co-infection par le VHC est de 54,1%.

Caractéristiques des PVVIH co-infectées par le VHC (tableau 1)

Plusieurs variables sociodémographiques sont associées à la co-infection VIH-VHC. Comparées aux autres PVVIH, les PVVIH co-infectées ont davantage tendance à avoir un niveau scolaire inférieur au baccalauréat, à être sans emploi, à avoir des difficultés financières. Concernant les variables de consommation, les PVVIH co-infectées sont plus à risque de consommer du cannabis et du tabac que les autres PVVIH. On n'observe toutefois pas de différence significative concernant la consommation régulière d'alcool et la pratique du *binge drinking* (consommation de plus de six verres d'alcool lors d'une seule occasion) au cours du dernier mois. Les PVVIH co-infectées ont plus tendance à avoir eu un épisode dépressif majeur au cours des 12 derniers mois que les autres PVVIH et présentent une moins bonne qualité de vie physique et mentale. Enfin, même si leur diagnostic VIH est plus ancien, elles ne sont pas significativement différentes des autres PVVIH en termes de succès immunovirologique VIH. Elles sont aussi plus souvent traitées pour le VIH que les autres PVVIH.

Prise en charge de l'infection par le VHC chez les PVVIH (tableau 2)

Parmi les PVVIH co-infectées pour lesquelles on dispose de données sur les traitements pour le VHC (28 données manquantes), 45,3% ont déjà reçu ce type de traitements au cours de leur vie, et 12,9% sont traitées au moment de l'enquête ou ont terminé leur traitement pour le VHC depuis moins de six mois. Le tableau 2 présente une comparaison des PVVIH co-infectées déjà exposées aux traitements pour le VHC et des autres PVVIH co-infectées.

On n'observe pas de différences significatives entre ces deux populations concernant les caractéristiques sociodémographiques, les habitudes de consommation de cannabis, tabac et alcool, les niveaux de qualité de vie et le diagnostic de dépression. En revanche, le groupe socio-épidémiologique est significativement associé à l'accès aux traitements pour le VHC chez les co-infectés. En particulier, les UDI ont été moins souvent traités pour le VHC.

Co-infection VIH-VHC chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH)

Le tableau 3 présente la comparaison des comportements sexuels des HSH co-infectés et non co-infectés dans l'enquête Vespa2.

On observe d'une part que les HSH co-infectés déclarent un plus grand nombre de partenaires sexuels au cours de la dernière année que les autres HSH. D'autre part, concernant les pratiques à risque de transmission du VHC, les résultats montrent une fréquence significativement plus élevée de non utilisation du préservatif avec les partenaires sexuels sérodiscordants (principal ou occasionnels) ainsi que de pratiques *hard* comme le *fist fucking* chez les co-infectés.

Discussion

Les résultats de l'enquête Vespa2 mettent en évidence une diminution marquée de la prévalence de l'infection VHC chez les PVVIH; l'estimation de cette prévalence est passée de 22% en 2003 dans l'enquête Vespa à 16,4% en 2011 dans l'enquête

Vespa2. Cette diminution est d'autant plus significative qu'en 2003 une définition moins sensible était utilisée, susceptible de sous-estimer la prévalence du VHC par rapport à la définition utilisée en 2011.

Comme dans les études ayant précédé Vespa2, la population co-infectée VIH-VHC est surtout

Tableau 1

Caractéristiques des personnes vivant avec le VIH co-infectées par le VHC dans l'enquête ANRS-Vespa2 2011 (n=3 004)

		Co-infection VIH-VHC		p valeur (univariée) ¹
		Oui	Non	
		% ou moyenne (ES)		
Caractéristiques sociodémographiques				
Âge - années	Moyenne (ES)	48,8 (7,1)	47,2 (11,3)	0,0002
Genre	Femme	32,5	33	0,39
	Homme	67,5	66,5	
	Transgenre	0,1	0,5	
Niveau d'études	≥Bac (vs <Bac)	33,9	48,9	<0,0001
Statut d'emploi	En emploi (vs sans emploi)	46,3	66,7	<0,0001
Perception de la situation financière ²	En difficulté (vs pas de difficultés)	74,3	61,3	<0,0001
Perception des conditions de logement	Logement instable (vs stable)	11,7	11,2	0,81
Groupes socio-épidémiologiques				
HSH non UDI		14,2	41,2	<0,0001
HSH UDI		7,9	1,3	
UDI		58,7	1,7	
Migrants AS		6,4	26,9	
Autres		12,8	28,9	
Consommation de cannabis, tabac, alcool				
Consommation de cannabis	Oui (vs non)	48,6	10,4	<0,0001
Consommation de tabac	Oui (vs non)	66	32,2	<0,0001
Consommation d'alcool	Oui (vs non)	65,9	72,5	0,01
Consommation régulière d'alcool	Oui (vs non)	21,9	27,3	0,05
<i>Binge drinking</i> ³	Oui (vs non)	4,4	4,9	0,72
Qualité de vie et dépression				
Qualité de vie physique (PCS) ⁴	Moyenne (ES)	41,2 (11,8)	44,9 (11,4)	<0,0001
Qualité de vie mentale (MCS) ⁴	Moyenne (ES)	45,6 (9,3)	47,8 (8,8)	0,001
Épisode dépressif majeur ⁵	Oui (vs non)	34,1	25,7	0,003
Caractéristiques liées au VIH				
Délai depuis le diagnostic VIH - mois	Moyenne (ES)	226 (84)	144 (88)	<0,0001
Charge virale VIH indétectable ⁶	Oui (vs non)	78,3	75,3	0,27
Taux de CD4 ⁷ - cellules/mm ³	Moyenne (ES)	589 (323)	593 (351)	0,86
Succès immunovirologique ⁸	Oui (vs non)	36,9	39,2	0,45
Traitement ARV	Oui	97	91,5	0,0003

ARV : antirétroviral ; ES : erreur standard ; HSH : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; Migrants AS : migrants nés en Afrique subsaharienne ; PVVIH : personnes vivant avec le VIH ; UDI : usagers de drogues par injection ; VHC : virus de l'hépatite C.

¹ Test exact de Fisher ou test T d'égalité des moyennes (données pondérées) ; ² En difficulté financière = « ne peut y arriver sans faire de dettes » ou « y arrive difficilement » ou « c'est juste, il faut faire attention » ; pas de difficultés = « ça va » ou « vous êtes plutôt à l'aise » ou « vous êtes vraiment à l'aise » ; ³ Consommation de plus de six verres d'alcool lors d'une seule occasion au cours du dernier mois ; ⁴ Scores agrégés de l'échelle MOS SF-12 ;

⁵ Au cours des 12 derniers mois, CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*) short form ; ⁶ Selon le seuil de la technique du laboratoire ;

⁷ Au dernier bilan ; ⁸ Charge virale VIH indétectable et taux de CD4 > 500 cellules/mm³.

représentée par le groupe des UDI VIH+⁶. En effet, l'un des facteurs de risque de transmission du VHC le plus important reste l'usage de drogue par injection⁷. Cependant, alors que les UDI représentaient dans la première enquête Vespa près de 17% de la population des PVVIH, moins de 10% des PVVIH de Vespa2 se sont contaminés lors d'un usage de drogues par

injection. Cette diminution s'explique en partie par l'efficacité de la politique de réduction des risques, basée sur les programmes d'échange de seringues, l'accès aux traitements de substitution aux opiacés et l'accès aux traitements antirétroviraux chez les usagers de drogue, qui a permis de diminuer considérablement l'incidence du VIH dans la population

Tableau 2

Caractéristiques des personnes vivant avec le VIH co-infectées par le VHC dans l'enquête ANRS-Vespa2 2011, selon l'exposition aux traitements pour le VHC (n=471)

		Exposition aux traitements pour le VHC		p valeur (univariée) ¹
		Oui	Non	
		% ou moyenne (ES)		
Caractéristiques sociodémographiques				
Âge - années	Moyenne (ES)	49 (7,9)	48,8 (6,5)	0,72
Genre	Femme	29,9	37	0,21
	Homme	70,1	62,8	
	Transgenre	0	0,2	
Niveau d'études	≥Bac (vs <Bac)	36,4	32,2	0,42
Statut d'emploi	En emploi (vs sans emploi)	42,5	51,6	0,13
Perception de la situation financière ²	En difficulté (vs pas de difficultés)	73	76,3	0,52
Perception des conditions de logement	Logement instable (vs stable)	11,2	10,3	0,80
Groupes socio-épidémiologiques				
HSH non UDI		16,4	14,1	0,036
HSH UDI		6,9	7,9	
UDI		50,5	64,7	
Migrants AS		9,7	4,4	
Autres		16,5	9	
Consommation de cannabis, tabac et alcool				
Consommation de cannabis	Oui (vs non)	50,3	47	0,57
Consommation de tabac	Oui (vs non)	68	64,5	0,53
Consommation d'alcool	Oui (vs non)	63,8	69,3	0,28
Consommation régulière d'alcool	Oui (vs non)	20	24,2	0,41
<i>Binge drinking</i> ³	Oui (vs non)	4,4	4,9	0,84
Qualité de vie et dépression				
Qualité de vie physique (PCS) ⁴	Moyenne (ES)	45,4 (9,7)	46 (9)	0,19
Qualité de vie mentale (MCS) ⁴	Moyenne (ES)	42,3 (11,2)	40,2 (12,4)	0,20
Épisode dépressif majeur ⁵	Oui (vs non)	32,8	36,9	0,44
Caractéristiques liées au VIH				
Délai depuis le diagnostic VIH - mois	Moyenne (ES)	231 (79)	215 (91)	0,08
Charge virale VIH indétectable ⁶	Oui (vs non)	84	69,2	0,0046
Taux de CD4 ⁷ - cellules/mm ³	Moyenne (ES)	601 (307)	580 (353)	0,60
Traitement ARV	Oui (vs non)	97	96,9	0,93

ARV : antirétroviral ; ES : erreur standard ; HSH : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; Migrants AS : migrants nés en Afrique subsaharienne ; PVVIH : personnes vivant avec le VIH ; UDI : usagers de drogues injectables ; VHC : virus de l'hépatite C.

¹ Test exact de Fisher ou test T d'égalité des moyennes (données pondérées) ; ² En difficulté financière = « ne peut y arriver sans faire de dettes » ou « y arrive difficilement » ou « c'est juste, il faut faire attention » ; pas de difficultés = « ça va » ou « vous êtes plutôt à l'aise » ou « vous êtes vraiment à l'aise » ; ³ Consommation de plus de six verres d'alcool lors d'une seule occasion au cours du dernier mois ; ⁴ Scores agrégés de l'échelle MOS SF-12 ;

⁵ Au cours des 12 derniers mois, CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*) short form ; ⁶ Selon le seuil de la technique du laboratoire ;

⁷ Au dernier bilan.

Tableau 3

Comportements sexuels chez les hommes co-infectés VIH-VHC ayant des rapports sexuels avec des hommes dans l'enquête ANRS-Vespa2 2011 (n=1 332)

		Co-infection VIH-VHC		p valeur (univariée) ¹
		Oui	Non	
		%		
Nombre de partenaires sexuels¹	0	24,1	20,5	0,009
	De 1 à 19	47,8	64,0	
	20 et plus	28,1	15,5	
Utilisation du préservatif avec le partenaire principal sérodiscordant¹ (n=295)	Non systématique	11,4	21,9	0,03
	Systématique	44,3	65,8	
	Pas de pratique de pénétration	44,4	12,3	
Utilisation du préservatif avec le(les) partenaire(s) occasionnel(s)² (n=682)	Non systématique	35,0	11,2	0,001
	Systématique	41,3	62,7	
	Pas de pratique de pénétration	23,7	26,1	
Utilisation du préservatif avec le dernier partenaire occasionnel sérodiscordant² (n=604)	Non	23,6	8,1	0,04
	Oui	50,2	65,3	
	Pas de pratique de pénétration	26,1	26,6	
Pratique du <i>fist fucking</i> avec le partenaire principal¹ (n=481)	Oui (vs non)	27,5	11,7	0,045
Pratique du <i>fist fucking</i> avec le partenaire occasionnel² (n=677)	Oui (vs non)	28,8	10,5	0,003

Séroconcordant : VIH positif ; Sérodiscordant : VIH négatif ou de statut VIH inconnu.

¹ Au cours des 12 derniers mois ; ² Lors du dernier rapport sexuel.

des UDI⁸. Elle est probablement aussi liée au fait que les UDI, qui sont majoritairement co-infectés, ont une espérance de vie moindre que les autres PVVIH. Le résultat montrant que les personnes VHC+ ont une date de diagnostic du VIH plus ancienne que les autres PVVIH confirme aussi que cette population est une population de « survivants », avec de rares cas de contaminations récentes par le VIH.

L'analyse des facteurs associés à la co-infection VIH-VHC confirme le profil de ces individus majoritairement anciens ou actuels usagers de drogue, caractérisés par une situation sociale précaire et susceptibles d'avoir eu un épisode dépressif majeur au cours des 12 derniers mois. Tous ces résultats corroborent les données déjà connues concernant les personnes co-infectées par le VIH et le VHC et montrent que la présence du VHC doit susciter une attention particulière, non seulement du fait de son impact sur la prise en charge du VIH⁹, mais aussi car elle s'accompagne d'une certaine vulnérabilité psychosociale à prendre en compte pour optimiser les soins¹⁰. En revanche, les données de Vespa2 montrent que les patients co-infectés VIH-VHC ne présentent pas de différence significative en termes de succès virologique VIH comparés aux autres PVVIH. Cette information est cruciale et doit

inciter à favoriser l'accès au traitement VHC pour les patients qui en ont besoin.

Alors que les consommateurs de stimulants infectés par le VHC sont peu nombreux dans Vespa2 (données non décrites), la population des HSH infectés par le VHC est bien représentée dans les données de l'enquête. Ceci peut être dû au fait que la séquence de contamination par les deux virus est le plus souvent différente chez les HSH par rapport aux UDI, avec des HSH d'abord infectés par le VIH et ensuite par le VHC.

Par rapport aux HSH mono-infectés, les HSH co-infectés utilisent moins le préservatif avec leur partenaire principal sérodiscordant et avec leurs partenaires occasionnels. Ceci peut constituer un facteur de risque majeur de transmission du VIH et du VHC pendant certaines pratiques sexuelles occasionnant des lésions avec présence de sang (*fist fucking*).

De plus, il est intéressant de noter que le VHC touche aussi des UDI du groupe des HSH. Les dernières données de la littérature montrent une augmentation des pratiques sexuelles à risque associées à l'usage de drogues avec une augmentation de l'infection à VHC dans cette population¹¹.

Même s'il est difficile ici de mettre en évidence des facteurs liés à l'accès au traitement pour le VHC, car nous ne pouvons pas ajuster l'analyse sur les facteurs issus des recommandations de prescription (comme le génotype ou le taux de CD4 avant la mise sous traitement), il est intéressant de noter que les UDI demeurent une population moins souvent traitée pour le VHC. Ceci est potentiellement attribuable à la fréquence élevée des infections à VHC de génotype 1 chez les UDI, ce génotype étant prédictif d'une moins bonne réponse au traitement combiné du VHC classique, par PEG-interféron et ribavirine. Il est également probable qu'une proportion plus importante de patients UDI n'a pas une infection à VIH suffisamment « stabilisée » pour débuter un traitement anti-VHC (voir l'article de R. Dray-Spira et coll. dans ce même numéro). De plus, les patients VIH+ UDI sont plus souvent concernés par des symptômes dépressifs qui peuvent être un frein à l'initiation d'un traitement anti-VHC, tant du point de vue du prescripteur que de celui du patient.

Limites de l'étude

Cette étude présente plusieurs limites. La première est le mode de recueil des données sur la co-infection par le VHC. En effet, il est probable que certains cas de co-infection ne figurent pas dans les dossiers médicaux. Compte tenu du peu de données manquantes sur la question relative à la co-infection, il s'agirait alors de patients non encore dépistés ou non signalés par les services hospitaliers. Une autre limite est la relative hétérogénéité du groupe « autres PVVIH », composé non seulement de personnes mono-infectées par le VIH, mais aussi potentiellement de personnes co-infectées par d'autres hépatites (VHB notamment). Par ailleurs, le caractère univarié des analyses présentées ne permet pas d'estimer les interactions entre les différents facteurs testés et leurs poids respectifs dans les différences observées entre les populations d'intérêt. Elles répondent cependant à l'objectif descriptif de cet article. Enfin, une autre limite est liée à la nature déclarative des données, qui ne permet pas de disposer d'informations sûres sur les traitements des patients et sur les réponses virologiques pour le VHC.

Conclusions

Cet aperçu de la situation actuelle de la co-infection par le VHC dans la population française des personnes infectées par le VIH devrait permettre de mieux cibler les actions à mener en santé publique pour améliorer la prise en charge du VIH et l'accès aux soins pour le VHC.

L'arrivée de nouvelles options thérapeutiques anti-VHC offre la possibilité d'un accès élargi et d'une efficacité supérieure de la prise en charge de l'infection par le VHC. Cependant, il est nécessaire de prendre en compte les caractéristiques de la population, les difficultés de la prise en charge combinée, les interactions avec d'autres traitements

(antidépresseurs, traitements de substitution, etc.), et surtout d'améliorer la relation médecin-patient pour vaincre les réticences qui peuvent persister encore chez certains médecins prescripteurs. En parallèle, les efforts de prévention de l'infection à VHC doivent désormais cibler des populations comme les HSH pour lesquelles les outils de « réduction des risques » sont encore à inventer, et qui concentrent de nouveaux cas d'infections potentiellement évitables. ■

Références

- [1] Jauffret-Roustide M, Le Strat Y, Couturier E, Thierry D, Rondy M, Quaglia M, *et al.* A national cross-sectional study among drug-users in France: epidemiology of HCV and highlight on practical and statistical aspects of the design. *BMC Infect Dis.* 2009; 9:113.
- [2] Foureur N, Fournier S, Jauffret-Roustide M, Labrouve V, Pascal X, Quatremère G, *et al.* SLAM - Première enquête qualitative en France. Pantin : AIDES; 2013. 60 p. <http://www.aides.org/actu/evenement/slam-premiere-enquete-qualitative-en-france-1873>
- [3] Perut V, Labalette C, Sogni P, Ferrand I, Salmon-Ceron D, Vidal-Trecan G. Access to care of patients with chronic hepatitis C virus infection in a university hospital: Is opioid dependence a limiting condition? *Drug Alcohol Depend.* 2009; 104(1-2):78-83.
- [4] Larsen C, Pialoux G, Salmon D, Antona D, Le Strat Y, Piroth L, *et al.* Prevalence of hepatitis C and hepatitis B infection in the HIV-infected population of France, 2004. *Euro Surveill.* 2008; 13(22).
- [5] Cot M, Cournut M, Le Goaster C. Premiers résultats de l'enquête ANRS-VESPA auprès des personnes vivant avec le VIH/sida. *Rev Epidemiol Santé Publique.* 2005; 53(1):79-85.
- [6] Cacoub P, Halfon P, Rosenthal E, Pialoux G, Benhamou Y, Perronne C, *et al.* Treatment of hepatitis C virus in human immunodeficiency virus infected patients in «real life»: modifications in two large surveys between 2004 and 2006. *J Hepatol.* 2008; 48(1):35-42.
- [7] Nelson PK, Mathers BM, Cowie B, Hagan H, Des Jarlais D, Horyniak D, *et al.* Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews. *Lancet.* 2011; 37:571-83.
- [8] Carrieri MP, Spire B. Harm reduction and control of HIV in IDUs in France. *Lancet.* 2008 9; 372(9637):448.
- [9] Braitstein P, Justice A, Bangsberg DR, Yip B, Alfonso V, Schechter MT, *et al.* Hepatitis C coinfection is independently associated with decreased adherence to antiretroviral therapy in a population-based HIV cohort. *AIDS.* 2006; 20(3):323-31.
- [10] Lekas HM, Siegel K, Leider J. Challenges facing providers caring for HIV/HCV-coinfecting patients. *Qual Health Res.* 2012; 22(1):54-66.
- [11] Myers T, Allman D, Xu K, Remis RS, Aguinardo J, Burchell A, *et al.* The prevalence and correlates of hepatitis C virus (HCV) infection and HCV-HIV co-infection in a community sample of gay and bisexual men. *Int J Infect Dis.* 2009; 13(6):730-9.

Citer cet article

Roux P, Demoulin B, Sogni P, Carrieri P, Dray-Spira R, Spire B, *et al.*, et le groupe Vespa2. La co-infection par le virus de l'hépatite C chez les personnes infectées par le VIH : données de l'enquête ANRS-Vespa2. *Bull Epidemiol Hebd.* 2011; (26-27):314-20.