

27 novembre 2007 / n° 46-47

Numéro thématique - L'infection à VIH/sida en France et en Europe

Special issue - HIV and AIDS infection in France and in Europe

p.385 **Éditorial**
Editorial

p.386 **Surveillance de l'infection à VIH/sida en France, 2006**
HIV and AIDS surveillance in France, 2006

p.394 **L'infection à VIH après 10 ans de traitements antirétroviraux actifs dans la base de données hospitalière française sur l'infection à VIH (ANRS CO4 FHDH)**
HIV infection after 10 years of combined antiretroviral therapy in the French Hospital Database on HIV infection (ANRS CO4 FHDH)

p.398 **L'infection à VIH à travers l'Europe**
HIV infection in Europe

Coordination scientifique du numéro / *Scientific coordination of the issue*: Josiane Pillonel, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France
et pour le comité de rédaction : Isabelle Grémy, Observatoire régional de la santé d'Ile-de-France, Paris, France.

Éditorial

Gilles Brucker, Directeur général, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

Près de 25 ans après l'identification des premiers cas de sida en France et surtout 10 années après l'introduction des multi-thérapies antirétrovirales, l'infection à VIH semble marquer le pas en France... Enfin !

Les derniers résultats de la surveillance de l'infection à VIH/sida en France coordonnée par l'Institut de veille sanitaire et publiés dans ce numéro en témoignent. Le nombre de nouveaux diagnostics VIH identifiés en 2006 est en légère baisse (6 300 contre 6 700 en 2005), confirmant la tendance observée entre 2004 et 2005.

Les autres données rapportées vont également dans le bon sens : elles mettent en évidence un dépistage et une prise en charge plus précoces. En effet, la proportion de diagnostics précoces augmente (10 % au stade de primo-infection en 2006 contre 7 % en 2003) et celle des diagnostics tardifs régresse (20 % au stade sida en 2003, 14 % en 2006). Le nombre de cas de sida déclaré régresse lui aussi sensiblement entre 2005 et 2006 (de l'ordre de 20 %). Ces chiffres pourraient ainsi laisser penser que le problème du VIH est en voie d'être maîtrisé ! Mais, malgré le désir qui nous anime de voir dans ce bilan de réelles raisons d'espérer, il ne faut pas sous-estimer l'ampleur persistante du problème en France. Car 6 300 personnes qui apprennent en 2006 qu'elles sont séropositives, c'est encore beaucoup, beaucoup trop. Et quand bien même la découverte de l'infection se fait plus précocement en 2006 qu'en 2003, il reste encore trop de transmissions du VIH découvertes tardivement, et les inégalités devant le risque de contamination demeurent majeures.

En effet, ce risque demeure très élevé chez les homosexuels masculins (29 % des nouveaux diagnostics) et la prévalence du VIH y est près de 100 fois supérieure à la moyenne nationale. Il faut impérativement promouvoir toutes les stratégies de réduction des risques et rester intransigeant sur la protection des rapports sexuels, surtout lors des rencontres nouvelles, par Internet ou dans des lieux dédiés, où le multi-partenariat et la baisse de vigilance génèrent une part majeure de ces nouveaux diagnostics. Dans cette population, où la seule promotion des mesures de prévention ne suffit pas, il devient nécessaire d'évaluer et de mettre en place de nouvelles approches, notamment celles de réduction des risques. La seule stabilité du nombre de nouveaux diagnostics dans cette population entre 2005 et 2006 peut-elle être considérée comme un succès ? Sans doute pas.

Les inégalités face au risque d'infection concernent aussi les populations vivant dans les départements français d'Amérique, où le taux de positivité est nettement supérieur à la moyenne : plus de 10 fois pour la Guyane, de 2 à 4 fois pour la Martinique et la Guadeloupe. Il faut y renforcer les actions de prévention ; il faut aussi, singulièrement pour la Guyane, resituer ce problème dans le contexte frontalier avec le Suriname et le Brésil. Un plan d'actions pour les Caraïbes est une priorité. De fait, il faut impérativement penser cette lutte contre le VIH/sida dans sa dimension internationale, mondiale.

Car aujourd'hui, ce sont bien les combinaisons de thérapies antirétrovirales (cART) qui tiennent le devant de la scène et portent les espoirs de contrôle de la maladie. L'arrêt des essais de vaccination par les laboratoires Merck laisse peu d'espoir à la venue prochaine d'une protection par une immunité acquise. Cela renforce, s'il en était besoin, la place des politiques de prévention, de dépistage et celle d'un traitement, précoce, efficace, correctement suivi. En France, 10 ans de cART ont « changé le visage de l'épidémie » comme le souligne M Mary-Krause dans l'analyse des données de la base française, et l'efficacité virologique est en progression constante. C'est la prise en charge trop tardive qui, *in fine*, conditionne en grande partie le pronostic. Ainsi, dépistage et prise en charge efficace précoces constituent les déterminants du contrôle de la maladie.

Certes, la France est un pays qui pratique largement le dépistage, mais sans doute pas suffisamment à bon escient, et le nombre global de tests faits ne reflète pas nécessairement la demande ou l'accès par ceux pour qui il est nécessaire. De fait, le premier motif de dépistage reste la présence de signes cliniques, loin devant une exposition à risque. C'est tard, trop tard. Il y a là comme un échec de la perception de la prise

de risque, ou de la volonté de savoir. Il faut innover dans les formes de communication. Il faut mobiliser davantage autour du dépistage... et de la prévention.

Surtout, la maîtrise du VIH ne peut se concevoir dans une simple logique hexagonale, car le VIH est un mal sans frontière.

La question de la séropositivité, en France, des personnes de nationalité étrangère connaît une amélioration. La diminution du nombre de découvertes de séropositivité chez les femmes et récemment chez les hommes étrangers, est encourageante ; mais elle ne sait pas réellement répondre à la question du rôle des flux migratoires dans la transmission en France. La proportion d'infections récentes reste stable (8 % chez les Africains), posant la question de la date du dépistage par rapport à la date de la contamination.

Aussi faut-il faire porter nos efforts d'aide et de soutien à la lutte contre le VIH au-delà de nos frontières, là où la maladie continue de progresser, sans aucun signe de déclin, mais avec pour espoir, celui d'un accès aux traitements désormais théoriquement possible, mais si loin de répondre aux besoins.

De 1986 à 2007, plus de 20 ans d'interventions dans le domaine international. Depuis le programme mondial sida de l'OMS (1986-1996), suivi du programme des Nations-unies (Onusida 1996) puis de la création du Fonds mondial (2001), les stratégies naviguent entre prévention et/ou traitement sans ancrage suffisant avec les capacités des États à promouvoir une politique cohérente, globale, efficiente. La manne financière masque le besoin d'analyse stratégique pour une efficacité mesurée. La maîtrise espérée de l'infection à VIH nécessite impérativement des actions de proximité, d'accompagnement, pour être au plus près des malades. Rien de réellement efficace n'est possible sans la mobilisation opérationnelle des professionnels de santé, en lien bien sûr avec les malades et leurs familles. Car l'argent, certes indispensable, ne suffit pas. Ce nerf, dit de la guerre, est sans effet s'il est déconnecté, coupé de la plaque motrice, effectrice, qui diagnostique, choisit, accompagne, évalue.

Il nous faut donc développer ces programmes de prise en charge en lien étroit avec les équipes médicales des pays concernés. Valoriser, promouvoir des stratégies globales, prenant en compte certes l'infection à VIH, mais également les IST, les infections opportunistes, la tuberculose.

Le programme Esther, mis en œuvre par la France, répond par des jumelages hospitaliers à ce souci de proximité, d'accompagnement, d'aide technique durable dans un objectif, évalué, d'efficacité. Mais a-t-il les moyens de cette ambition juste ? Il n'y aura pas de progrès notable sans stratégie globale, sans proximité avec les équipes de terrain, sans solidarité active, sans un partenariat en faveur du développement des capacités techniques des pays du Sud. La lutte contre les inégalités de santé doit demeurer le fil conducteur de toute politique de santé et singulièrement de la lutte contre le VIH.

Surveillance de l'infection à VIH/sida en France, 2006

Institut de veille sanitaire¹, Saint-Maurice, France

Avec la collaboration du Centre national de référence pour le VIH², Tours, France

Auteur correspondant, Josiane Pillonel (j.pillonel@invs.sante.fr)

Résumé / Abstract

Cet article présente la situation de l'infection VIH et du sida en France au 31 décembre 2006, à partir des systèmes de surveillance coordonnés par l'Institut de veille sanitaire (InVS) : la notification obligatoire du VIH et du sida, la surveillance virologique et la surveillance de l'activité de dépistage du VIH.

En 2006, cinq millions de sérologies VIH ont été réalisées, soit une diminution de 5 % par rapport à 2005, et le nombre de sérologies confirmées positives a diminué de 4 %.

Compte-tenu des délais de déclaration et de la sous-déclaration, on estime à environ 6 300 le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité en 2006 (en diminution depuis 2004), le quart de ces personnes ayant été contaminé dans les six mois précédant leur diagnostic.

Les rapports hétérosexuels représentent la moitié des découvertes de séropositivité en 2006 et concernent pour moitié des personnes d'Afrique subsaharienne. Le nombre de découvertes de séropositivité a néanmoins diminué depuis 2003 chez les femmes de nationalité étrangère et depuis 2005 chez les hommes de nationalité étrangère.

Le nombre de découvertes de séropositivité a en revanche augmenté chez les homosexuels entre 2003 et 2005, puis s'est stabilisé en 2006. Les homosexuels représentent 29 % de l'ensemble des découvertes de séropositivité, et 41 % d'entre eux ont été contaminés dans les six mois avant leur diagnostic. La proportion d'infections à VIH-2 est de 2 % en 2006. Parmi les infections à VIH-1, la proportion de sous-types non-B, après avoir diminué entre 2003 et 2005, se stabilise en 2006 (42 %).

L'année 2006 est marquée par une diminution globale des nombres de découvertes de séropositivité et de diagnostics de sida, un arrêt de l'augmentation du nombre de découvertes de séropositivité chez les homosexuels et une diminution, parmi les découvertes de séropositivité, de la proportion des dépistages tardifs, au stade sida. Ce constat encourageant doit cependant être confronté à d'autres données, notamment de comportements et de recours au dépistage.

Mots clés / Key words

Surveillance épidémiologique, infection par le VIH, sida, France / Epidemiological surveillance, HIV infection, AIDS, France

HIV and AIDS surveillance in France, 2006

This article presents the epidemiological situation of HIV and AIDS provided by the surveillance activities coordinated by the Institut de veille sanitaire (InVS): reporting of AIDS and HIV infection, virological surveillance and testing activity.

In 2006, five million HIV tests were performed, a decrease of 5% since 2005. In the same period, the number of HIV positive tests has decreased by 4%.

Accounting for reporting delays and under-reporting, the total number of newly diagnosed HIV cases is estimated to be 6 300 in 2006, declining since 2004. One fourth of newly diagnosed patients had been infected within the last six months.

Half of new HIV diagnoses were infected through heterosexual contact, of whom half were from Sub-Saharan Africa. The number of new diagnoses has decreased since 2003 in foreign women, and since 2005 in foreign men.

The number of new diagnoses in homosexual men has increased between 2003 and 2005, and stabilized in 2006. Homosexual men accounted for 29% of the total number of new HIV diagnoses, of whom 41% have been infected in the last 6 months.

The proportion of newly diagnosed cases of HIV infected with HIV-2 is 2% in 2006. Among HIV-1 infections, the proportion of non-B sub-types, having decreased between 2003 and 2005, has remained stable in 2006 (42%).

The year 2006 is characterised by a global decrease in the numbers of new HIV diagnoses and AIDS cases, a break in the increase of the number of new HIV diagnoses among homosexuals, and a decrease, among new HIV diagnoses, of the proportion of HIV diagnoses at the AIDS stage. These encouraging points need to be confronted to data on sexual and HIV testing behaviour.

¹ Département des maladies infectieuses, unité VIH/sida-IST-VHC : Françoise Cazein, Florence Lot, Josiane Pillonel, Roselyne Pinget, Danièle David, Marlène Leclerc, Sophie Couturier, Hélène Haguy, Caroline Semaille. - ² Laboratoire de virologie, Centre hospitalier universitaire Bretonneau, Tours : Francis Barin, Denys Brand, Sylvie Brunet, Damien Thierry.