

*Maladies  
infectieuses*

Lutte contre le VIH/sida et les infections  
sexuellement transmissibles en France

**10 ans de surveillance  
1996-2005**

Synthèse

# Sommaire

Avant-propos.....	2
Préface.....	3
Repères chronologiques.....	4
<b>Synthèse</b> .....	<b>5</b>
Augmentation des pratiques sexuelles à risque chez les homosexuels.....	5
Diminution du nombre d'usagers de drogues nouvellement infectés par le VIH.....	7
Une augmentation du nombre de personnes d'Afrique subsaharienne infectées par le VIH.....	7
Une féminisation lente de l'infection à VIH.....	8
Le dépistage précoce est une nécessité absolue pour permettre une prise en charge optimale.....	9
L'infection à VIH en France présente des disparités régionales importantes.....	9
Ces dix années ont aussi été marquées par l'évolution de la surveillance.....	11
...du VIH et des infections récentes.....	11
...des virus circulants.....	11
...et de la co-infection du VIH avec les virus des hépatites.....	11
Les mesures de prévention ont également été renforcées dans le domaine.....	11
...de la prévention des accidents d'exposition au sang en milieu de soins.....	11
...et de la sécurité transfusionnelle.....	11
La situation de la France au sein de l'Europe.....	11
Les données de la surveillance sont nécessaires aux politiques de santé publique.....	12
<b>Références bibliographiques</b> .....	<b>13</b>
<b>Sommaire du rapport</b> .....	<b>15</b>

Citation suggérée :

Institut de veille sanitaire. Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France – 10 ans de surveillance, 1996-2005. Synthèse. Mars 2007.

# Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France

## 10 ans de surveillance 1996-2005

### Synthèse

**La synthèse présentée dans ce document est issue du rapport : "Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France, 10 ans de surveillance, 1996-2005", téléchargeable sur le site de l'InVS ([www.invs.sante.fr/publications/2007/10ans\\_VIH](http://www.invs.sante.fr/publications/2007/10ans_VIH)).**

**Le sommaire du rapport et les remerciements sont présentés à la fin de ce document.**

#### **Coordination scientifique de la synthèse et du rapport**

Caroline Semaille-Safar et Florence Lot

#### **Contributions**

**Les auteurs de l'unité VIH/sida-IST-VHC qui ont participé à la rédaction du rapport sont** (par ordre alphabétique) :

Alice Bouyssou-Michel, Françoise Cazein, Elisabeth Delarocque-Astagneau, Anne Gallay, Véronique Goulet, Magid Herida, Marie Jauffret-Roustide, Christine Larsen, Stéphane Le Vu, Florence Lot, Josiane Pillonel, Roselyne Pinget, Caroline Semaille-Safar, Annie Velter.

**Les assistantes d'information médicale et la secrétaire de l'unité VIH/sida-IST-VHC qui ont contribué à la réalisation du rapport sont** (par ordre alphabétique) :

Mireille Allemand, Betty Basselier, Sophie Couturier, Danièle David, Hélène Haguy, Edith Laurent, Marlène Leclerc, Lila Oudaya.

**Les autres personnes qui ont travaillé dans l'unité VIH/sida-IST-VHC entre 1996 et 2005 et qui ont largement contribué à la mise en place des systèmes de surveillance, au recueil et à l'analyse des données sur cette période sont** (par ordre alphabétique) :

Philippe Adam, Elisabeth Couturier, Julien Emmanuelli, Pascal Gouëzel, Anne Laporte.

# Avant-propos

Plus qu'aucune autre maladie, le sida aura marqué la fin du XX<sup>e</sup> siècle.

Jamais, en effet, une maladie n'a fait peser une telle menace sur l'humanité ; et, malgré les progrès thérapeutiques, cette menace continue de s'étendre singulièrement sur les pays les plus pauvres, surtout d'Afrique.

Jamais non plus aucune maladie n'a connu un tel retentissement social et politique. Ses modes de transmission et les différentes populations exposées ont mis en lumière nos carences dans le champ de la santé publique et révélé les multiples formes d'exclusion des malades. La prise de conscience générée par le sida dans les années quatre-vingt-dix a forgé la modernisation de notre santé publique ; elle a permis d'ouvrir aux malades, aux citoyens, au monde associatif, les portes d'une revendication légitime à plus d'information et plus de participation à l'élaboration et au suivi des politiques publiques.

L'émergence de la maladie a mis en lumière des carences graves de sécurité sanitaire, en particulier dans la transfusion sanguine, l'importance des politiques de surveillance sanitaire des populations et le besoin du renforcement de la sécurité des produits de santé.

L'InVS, né de la loi de sécurité sanitaire de 1998, est l'une des réponses nécessaires à cette crise de la santé publique. Avant lui, le Réseau national de santé publique (RNSP) avait commencé à mettre en place les outils indispensables de la surveillance sanitaire et tout particulièrement les premiers outils de la surveillance du sida.

Très vite, il est apparu qu'il ne suffirait pas de surveiller l'expression clinique finale d'une infection chronique, le sida, mais qu'il fallait dépister tôt, mieux informer, prendre en charge plus vite et que les développements de la surveillance épidémiologique devaient se faire au plus près possible des personnes exposées.

La surveillance de l'infection à VIH est ainsi venue compléter la surveillance du sida maladie, non sans poser des questions essentielles sur la protection des fichiers, sur la sécurisation de l'anonymat des personnes : nous nous sommes dotés, en concertation étroite avec les associations de malades, du système de surveillance le plus sécurisé, certes, mais le plus complexe à gérer. Les laboratoires de biologie médicale ont été mis en première ligne pour la notification des sérologies positives, des logiciels d'anonymisation ont été conçus et mis à leur disposition à cette fin. Parallèlement, pour mesurer le caractère récent ou non de l'infection, un test a été systématiquement proposé aux patients, développé et réalisé par le Centre national de référence. L'objectif était bien ici de "coller" au plus près de la dynamique de la circulation de ce virus, pour renforcer autant que possible les stratégies de prévention.

La transmission sexuelle demeure le mode de propagation essentiel en France et dans le monde ; la compréhension et la maîtrise des comportements en ce domaine sont particulièrement complexes. Les études que nous avons pu conduire ont montré la reprise importante de prises de risque dans des milieux incontestablement bien informés, y compris même par ceux qui se savent porteurs du virus.

L'épidémiologie ne peut être au service d'une idéologie partisane ou moralisatrice. Elle se doit d'être au service de la santé de tous, plus particulièrement des plus exposés. Malgré nos efforts inlassables pour identifier et mesurer partout ce risque où il se trouve, il reste encore à développer des travaux vis-à-vis de groupes particulièrement vulnérables, ceux dont les fragilités favorisent des prises de risques majeures.

Le VIH apporte ici un éclairage saisissant sur notre société. Les retards au diagnostic, sur lesquels l'InVS a conduit des travaux, sont révélateurs des questions que posent l'accessibilité au dépistage, au système de soins et de prise en charge, mais aussi des peurs de la stigmatisation économique et sociale qui accompagne encore si souvent le statut des personnes vivant avec le VIH.

Ces "années sida" ont pourtant permis l'émergence d'une relation nouvelle du malade avec son environnement. Médical d'abord : droit de savoir, droit d'être soigné, droit d'être informé, droit de choisir, droit de vivre, malade peut-être, mais être humain avant tout ; mais aussi, mobilisation de la pensée autour des questions fondamentales, des libertés et des savoirs. Michel Foucault, avant même l'irruption du sida, a décrit dans son histoire de la sexualité les contradictions d'une société organisée autour de la répression et comment de cette organisation du pouvoir naissent des points de résistances "possibles, nécessaires, improbables, spontanées, sauvages, solitaires, concertées, rampantes, violentes, irréconciliables, promptes à la transaction, intéressées ou sacrificielles..." (Histoire de la sexualité – la volonté de savoir).

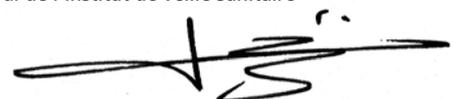
... et Michel Foucault de poursuivre "... c'est sans doute le codage stratégique de ces points de résistance qui rend possible une révolution..."

En la matière, c'est sans doute bien une révolution de la santé publique que le sida a générée, grâce à l'émergence de ces résistances. Mais cette révolution n'est pas achevée, tant cette maladie souligne l'ampleur croissante des inégalités et les responsabilités du pouvoir face à celles-ci.

Avec détermination, l'InVS veut ici promouvoir, avec ses partenaires des réseaux de soins et ceux de la recherche, les outils de surveillance et d'évaluation des risques au service d'une connaissance partagée, comme une forme de résistance au virus, certes, mais aussi à l'exclusion, cette capacité de résistance, dont Georges Canguilhem dit qu'elle est l'expression même de la santé.

Dix années de résultats de surveillance sont ici présentées. Longues années d'efforts patients mais résolus ; un simple bref instant dans l'histoire de l'organisation de nos sociétés. Mais un instant qui aura peut-être, nous le croyons, beaucoup compté.

*Pr Gilles Brückner*  
*Directeur général de l'Institut de veille sanitaire*



# Préface

Depuis sa création en 1993 (à l'époque, il s'appelait le Réseau national de santé publique), l'Institut de veille sanitaire a consacré une part importante de ses ressources à la surveillance de l'infection à VIH.

Avant l'arrivée des puissantes thérapeutiques antirétrovirales en 1996, la surveillance concernait essentiellement le sida. Depuis l'amélioration majeure du pronostic de l'infection à VIH, la surveillance a aussi considérablement évolué. Elle s'est avant tout intéressée à la dynamique de l'infection à VIH, afin de suivre au plus près et de la manière la plus réactive, voire anticipatrice, les modifications de tendances, dans le but d'adapter au mieux la prévention aux différents groupes concernés.

Par ailleurs, la période qui a suivi l'apparition des puissantes associations antirétrovirales a connu des modifications importantes de comportements qui, selon les groupes concernés, allaient dans des directions divergentes : poursuite de la réduction des risques chez les usagers de drogues avec recul de l'infection à VIH (mais sans impact majeur sur l'infection à VHC) et baisse de la prévention chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, suivie par une série d'épidémies de syphilis, de lymphogranulomatose et d'hépatite C sexuellement transmise, et récemment par l'augmentation des nouveaux diagnostics d'infections à VIH.

Dans le même temps, le poids de l'épidémie à VIH en Afrique subsaharienne apparaissait chaque année de plus en plus évident en France chez les personnes originaires de ce continent suite aux flux migratoires, en particulier chez les femmes.

Cette synthèse est issue d'un rapport de surveillance de l'infection à VIH. Ce rapport couvre donc ces dix dernières années si riches en évolution, en se basant sur les travaux de surveillance qui sont le cœur de métier de l'InVS.

Il donne aussi une part importante aux différentes études complémentaires réalisées par l'InVS, le plus souvent sous l'égide de l'ANRS (enquête Presse Gay, enquête Coquelicot, enquête Retard...).

Il permet ainsi, à partir d'une analyse approfondie de l'expérience des dix dernières années, d'identifier les grandes tendances et évolutions qui sont résumées dans une synthèse et de proposer les orientations pour les prochaines années.

Enfin, il illustre en quoi les données collectées au quotidien contribuent à la prévention, l'ajustement des politiques publiques et leur évaluation.

*Dr Jean-Claude Desenclos  
Responsable du Département des maladies infectieuses,  
Institut de veille sanitaire*



## Repères chronologiques en France

<b>1978</b>	Premier cas de sida en France
<b>1982</b>	Mise en place d'un système de surveillance du sida, basé sur la définition OMS/CDC du sida
<b>Août 1985</b>	Dépistage obligatoire du VIH sur les dons de sang
<b>Juin 1986</b>	Le sida devient une maladie à déclaration obligatoire
<b>1987</b>	Utilisation de l'AZT en monothérapie
<b>Juillet 1987</b>	Création des consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)
<b>1987</b>	Libéralisation de la vente des seringues en pharmacie
<b>1991</b>	Mise en place des Programmes d'échange de seringues (PES)
<b>1993</b>	Révision de la définition du sida chez l'adulte et l'adolescent
<b>1994</b>	Autorisation de mise sur le marché du Subutex® (Buprénorphine Haut Dosage) comme traitement de substitution aux opiacés pour les usagers de drogues (UD)
<b>1995</b>	Révision de la classification et de la définition du sida chez l'enfant
<b>1995</b>	Diffusion de la méthadone comme traitement de substitution aux opiacés pour les UD et du Steribox®
<b>1995</b>	Généralisation des bithérapies
<b>2<sup>nd</sup> semestre 1996</b>	Généralisation des trithérapies avec inhibiteurs de protéase
<b>1998</b>	Redéfinition des missions des CDAG, notamment, les compétences des consultations sont étendues aux dépistages des virus des hépatites C et B
<b>Avril 1998</b>	Les recommandations en matière de prophylaxie post-exposition au VIH sont étendues à tous les types d'exposition (professionnelle, sexuelle ou par partage de seringues)
<b>Mai 1999</b>	Décret n°99-363 fixant la liste des maladies faisant l'objet d'une déclaration obligatoire et incluant l'infection par le VIH quel que soit le stade de la maladie
<b>Juillet 2000</b>	Abrogation de la déclaration obligatoire des infections sexuellement transmissibles (IST) qui datait de 1942 et qui concernait 4 d'entre elles (gonococcies, syphilis, maladie de Nicolas Favre et lymphogranulomatose vénérienne)
<b>Mai 2001</b>	Décret n°2001-437 fixant les modalités de transmission à l'autorité sanitaire de données individuelles concernant les maladies à déclaration obligatoire
<b>Juillet 2001</b>	Mise en place du dépistage génomique viral des dons de sang
<b>Novembre 2002</b>	Autorisation de la Cnil pour la mise en œuvre de la notification anonymisée des maladies à déclaration obligatoire dont l'infection par le VIH et le sida
<b>1<sup>er</sup> trimestre 2003</b>	Mise en place du nouveau dispositif de notification anonymisée des maladies à déclaration obligatoire, y compris l'infection par le VIH

Entre 1996 et 2005, le nombre de personnes vivant avec le VIH en France serait passé de 106 000 à 130 000 personnes. En revanche, depuis 2003, le nombre de personnes qui découvrent leur séropositivité est stable et se situe entre 6 000 et 7 000 cas par an. Enfin, près de 27 000 personnes vivaient avec le sida à la fin 2005. Mais ces chiffres masquent des évolutions différentes selon les populations touchées. Ces dix années de surveillance sont en effet marquées, outre la baisse spectaculaire des cas de sida et des décès suite à l'introduction des puissantes associations des antirétroviraux, par quatre évolutions majeures :

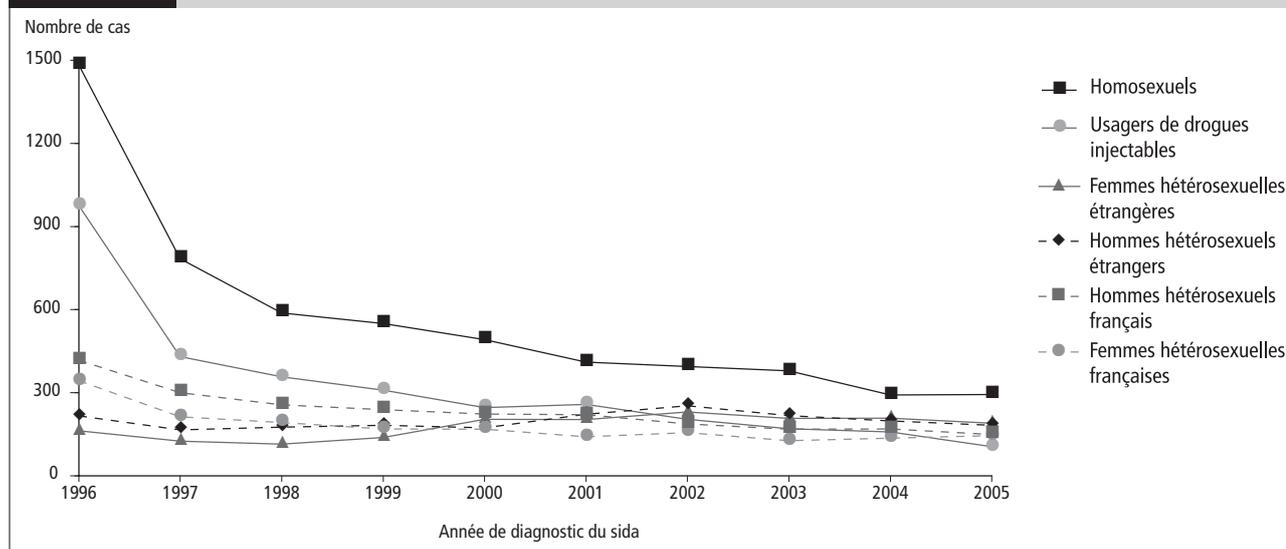
- l'augmentation des pratiques sexuelles à risque chez les homosexuels se traduisant par un nombre accru d'infections à VIH et par la progression des infections sexuellement transmissibles (IST) dans cette population ;
- la diminution du nombre d'usagers de drogues (UD) nouvellement infectés par le VIH, grâce à leur adhésion aux politiques de réduction des risques ;
- l'augmentation du nombre de personnes d'Afrique subsaharienne infectées par le VIH ;
- et une féminisation lente de l'infection à VIH.

La diminution des cas de sida a été la plus forte au cours des deux années qui ont suivi l'introduction des puissants traitements antirétroviraux (décroissance de -43 % entre 1996 et 1997 et de -15 % entre 1997 et 1998). Ensuite, la baisse a été plus faible selon les années (de -4 % à -8 %).

Les décès liés au sida suivent exactement les mêmes tendances avec une diminution marquée les deux premières années, puis plus faible entre 2002 et 2005. La survie des sujets atteints de sida a considérablement augmenté. Avant 1994, le pronostic du sida était beaucoup plus sombre avec une durée de survie de 17 mois. Entre 1994 et 1996, la médiane de survie s'est allongée à 32 mois, ensuite, l'allongement de la survie a été tel que la médiane n'a pu être estimée : à 5 ans, les trois quarts des personnes étaient vivantes et le risque de décéder a continué à diminuer [1,2].

FIGURE 1

NOMBRE DE CAS DE SIDA PAR MODE DE CONTAMINATION ET ANNÉE DE DIAGNOSTIC (FRANCE, DONNÉES AU 31/03/2006 REDRESSÉES POUR LES DÉLAIS DE DÉCLARATION)



## AUGMENTATION DES PRATIQUES SEXUELLES À RISQUE CHEZ LES HOMOSEXUELS

Depuis le début de l'épidémie, la population homosexuelle en France a été largement touchée par le VIH/sida. Ainsi, plus d'un homosexuel sur dix se "déclare" séropositif dans les enquêtes de comportements (13 à 17 %, enquêtes Presse Gay et Baromètre Gay). En 1996, les personnes contaminées par rapports homosexuels représentaient plus d'un tiers (37 %) des personnes chez lesquelles une pathologie du sida était diagnostiquée, alors que les homosexuels "actifs" ne représentent que 1,5 % de la population masculine (environ 300 000 hommes,

estimation enquête ACSF/Inserm, 1992). Le nombre de cas de sida a été divisé par trois entre 1996 et 2000 chez les homosexuels, décroissance plus marquée que pour les autres populations (figure 1). Cependant, l'année 2000 a constitué un tournant. Alors que la population homosexuelle avait largement adopté des comportements sexuels à moindre risque dans les années quatre-vingt-dix, l'émergence des IST avec la syphilis, suivie de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) rectale en 2003, signe un retour des pratiques à risque.

Ainsi, l'enquête Presse Gay (EPG), répétée périodiquement depuis 1985 auprès des lecteurs de la presse gay, montre, pour la première fois en 2000, une augmentation des pratiques sexuelles à risque : la proportion

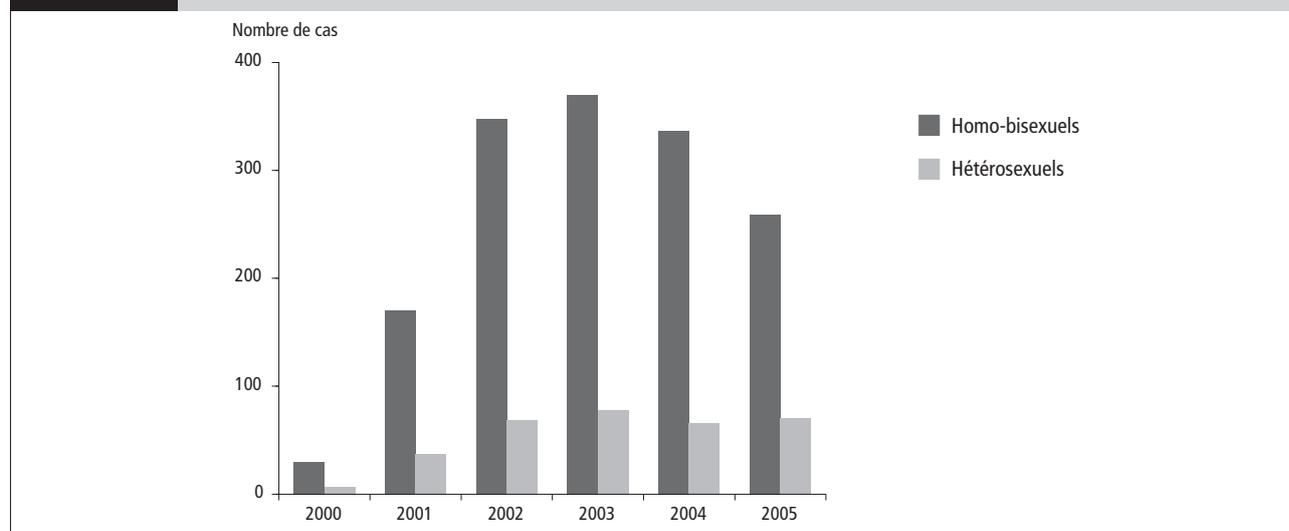
d'homosexuels déclarant au moins une pénétration anale non protégée au cours des 12 derniers mois a augmenté de 19 % à 33 % entre 1997 et 2004. Les enquêtes du Baromètre Gay (BG) (2000, 2002, 2005), interrogeant les homosexuels sur les lieux de sexe, retrouvent les mêmes tendances entre 2000 et 2002. Ces deux dispositifs d'enquêtes montrent, de plus, que l'augmentation la plus forte des pratiques à risques est observée chez les homosexuels séropositifs, ce qui est préoccupant en termes de transmission du VIH au sein de la communauté homosexuelle. Indépendamment du statut sérologique, les homosexuels sont le plus souvent multipartenaires (une moyenne de 21 partenaires dans l'année, EPG 2004). Ils déclarent majoritairement (70 %) un partenaire stable dans les 12 derniers mois, cette relation étant rarement exclusive puisque, deux fois sur trois, elle est ouverte sur des relations occasionnelles.

Ces prises de risque se traduisent par des nouveaux diagnostics d'infection à VIH. Ainsi, près de 1 500 homosexuels découvrent leur séropositivité chaque année et ils représentent 23 % de l'ensemble des découvertes de séropositivité sur la période 2003-2005. De plus, les contaminations par rapports homosexuels constituent le seul mode de transmission pour lequel le nombre de diagnostics VIH a augmenté sur ces trois dernières années. La surveillance virologique, couplée à la notification du VIH, nous apporte un autre élément préoccupant : près de la moitié d'entre eux (45 %) ont été infectés dans les 6 mois qui ont précédé la découverte de la séropositivité. Cette proportion très élevée est le reflet de nouvelles contaminations, même si elle est aussi liée aux pratiques de dépistage au sein de la communauté homosexuelle. Les homosexuels se testent, en effet, fréquemment. Les enquêtes montrent que la quasi-totalité des homosexuels ont réalisé "au moins une sérologie VIH au cours de leur vie". Mais, il reste toujours une proportion d'homosexuels, certes faible, qui n'ont jamais réalisé de dépistage pour le VIH et risque d'être diagnostiqués tardivement. La séropositivité serait appréhendée par ces hommes comme un premier état "non pathologique" et la démarche de dépistage n'est alors entreprise que lorsque les signes pathologiques apparaissent, selon l'enquête Retard [3].

Les prises de risque observées depuis 2000 dans la communauté homosexuelle se traduisent également par une augmentation des IST. Depuis les premiers cas de syphilis signalés par un dispensaire antivénérien (DAV) parisien fin 2000, plus de 80 % des syphilis diagnostiquées dans le réseau de surveillance surviennent chez des homosexuels, âgés de 37 ans en moyenne et pour la moitié, séropositifs pour le VIH (figure 2). L'épidémie de syphilis a d'abord été observée à Paris, puis s'est étendue progressivement dans les autres régions où elle semble s'y maintenir. En outre, à la suite d'une alerte européenne déclenchée fin 2003 par les Pays-Bas qui signalait des cas de LGV rectale chez des homosexuels, une investigation a été menée en Île-de-France début 2004 : une vingtaine de cas de LGV ont été recensés chez des homosexuels pour lesquels le diagnostic avait été le plus souvent très tardif. Cette investigation a conduit à la mise en place d'un système de surveillance basé sur des structures volontaires localisées essentiellement à Paris et plusieurs centaines de cas ont été identifiés par le réseau de surveillance en 2004 et 2005 (244 sujets). La LGV concerne en France exclusivement des homosexuels, âgés de 39 ans en moyenne, très souvent séropositifs pour le VIH (80 % des sujets). Le nombre de gonococcies a globalement augmenté chez les hommes depuis 1996, avec une augmentation plus marquée depuis 2003, sans pouvoir identifier la part des homosexuels car le système de surveillance, basé sur un réseau de laboratoires volontaires, ne recueille pas d'informations sur l'orientation sexuelle des personnes. Cependant, on peut noter que le nombre de gonococcies diagnostiquées à partir d'un prélèvement anal est passé de 8 % à 11 % entre 2000 et 2005, suggérant ainsi une contamination par rapports homosexuels. Les enquêtes de comportements corroborent les données de la surveillance. Ainsi, l'émergence de la syphilis et de la LGV est également observée à travers les enquêtes comportementales : les répondants de 2004 sont plus nombreux à déclarer "avoir eu une syphilis" que ceux de 1997, ils sont, par ailleurs, le plus souvent séropositifs pour le VIH et âgés de 35-40 ans. Dans l'enquête BG de 2005, 1 % des répondants déclarait "avoir eu une LGV dans les 12 derniers mois". En revanche, les déclarations de gonococcies par les répondants sont stables, voire diminuent dans les enquêtes comportementales.

FIGURE 2

NOMBRE DE CAS DE SYPHILIS CHEZ LES HOMO-BISEXUELS MASCULINS ET LES HÉTÉROSEXUELS, ENTRE 2000 ET 2005, RÉSEAU DE SURVEILLANCE DE SYPHILIS, FRANCE



Dans ce contexte de prises de risque accrues, d'autres pathologies telles que les hépatites virales C ont émergé chez les homosexuels atteints par le VIH. En effet, des cas d'hépatite aiguë C chez des

homosexuels masculins VIH + ont été signalés en 2004 par des services parisiens. Une investigation rétrospective a permis de décrire 29 cas d'hépatite C survenus entre 2001 et 2004 dans ces services : les facteurs

de risque habituels d'hépatite C (usage de drogues ou exposition nosocomiale, par exemple) n'ont pas été mis en évidence chez ces hommes. Les pénétrations anales avec les partenaires occasionnels étaient rarement protégées chez ces sujets et parfois traumatiques ou sanglantes. De plus, ces hépatites étaient fréquemment survenues de façon concomitante à une IST (dans 41 % des cas). L'hypothèse d'une transmission du virus de l'hépatite C à l'occasion de saignements (occultes ou non) de la muqueuse anale fragilisée par des pénétrations anales traumatiques multiples a été avancée. La transmission pourrait aussi avoir été favorisée par des lésions muqueuses préexistantes liées à la présence d'une IST concomitante.

Les campagnes d'information, avec notamment une vaste campagne d'incitation au dépistage de la syphilis en Île-de-France en 2002, et les actions sur le terrain se sont multipliées depuis 2000. Les homosexuels, séropositifs ou non, représentent une population plutôt socialement favorisée et qui devrait être accessible aux messages de prévention. En effet, plus de 60 % des répondants homosexuels des enquêtes ont suivi des études supérieures. Ils appartiennent dans près d'un tiers des cas à des catégories socioprofessionnelles élevées (cadres supérieurs, professions indépendantes) au moment du diagnostic du sida ou du VIH.

Une autre constante est le vieillissement de la population homosexuelle participant aux enquêtes au fil des années : dans l'enquête EPG, l'âge moyen des répondants a augmenté de 32 ans à 37 ans avec un poids de plus en plus important des plus de 45 ans. L'âge des homosexuels qui découvrent leur séropositivité en 2003-2005 est sensiblement le même (37 ans). Il est donc difficile d'évaluer si l'épidémie du VIH touche les jeunes homosexuels, qui répondent rarement aux enquêtes y compris à celles réalisées sur un support internet. Les données de la notification semblent indiquer que les moins de 25 ans restent peu touchés (moins de 9 % des découvertes de séropositivité). Ce chiffre, sans pouvoir totalement exclure un problème de dépistage, peut traduire une moindre contamination par le VIH, mais aussi une moindre capacité à dévoiler son orientation sexuelle.

## **DIMINUTION DU NOMBRE D'USAGERS DE DROGUES NOUVELLEMENT INFECTÉS PAR LE VIH**

Les UD, dont le nombre se situe dans une fourchette de 170 000 à 190 000 personnes en 1999, constituent une population très exposée aux infections virales et tout particulièrement au VIH et au VHC, par le biais du partage du matériel d'injection, de pailles de snif ou de pipes à crack. Comme la population homosexuelle, les UD ont été très touchés par le VIH dès le début des années quatre-vingt, avec des prévalences atteignant 40 %. Devant la gravité de l'épidémie et sous l'impulsion des associations, des politiques publiques de réduction des risques ont été mises en place progressivement en France au milieu des années quatre-vingt avec la libéralisation de la vente des seringues (en 1987), les premiers programmes d'échanges de seringues (PES, en 1991) et la mise à disposition des traitements de substitution (en 1994-1995). Les années 1996 à 2005 permettent d'évaluer l'impact de cette politique sur les risques infectieux chez les UD. En 1996, les UD représentaient encore un quart des personnes diagnostiquées au stade sida alors qu'en 2005, ils n'en représentent plus que 9 %. L'évolution marquante de ces dix années est, outre la diminution des cas de sida chez les UD, la baisse de la prévalence du VIH et le très faible nombre de découvertes de séropositivité dans cette population

depuis 2003. En 1998, la prévalence du VIH chez les UD<sup>1</sup> était estimée à 19 % (enquête PES), alors qu'elle a été estimée à 11 % en 2004 (enquête Coquelicot). La prévalence du VIH a surtout diminué chez les plus jeunes, indiquant des changements de comportements des nouveaux usagers qui se contaminent moins pour le VIH : la séroprévalence en 2004 chez les moins de 30 ans est quasi nulle (0,3 %), alors qu'elle s'élevait à 8 % en 1998 chez les moins de 25 ans. Par conséquent, la population des UD séropositifs vieillit. En 2004, ils sont âgés de 35 ans en moyenne (enquête Coquelicot) et il s'agit d'une population essentiellement masculine, quelles que soient la période et les enquêtes. Ce vieillissement des UD infectés par le VIH se retrouve aussi à travers l'analyse des cas de sida : l'âge moyen des UD, au moment du diagnostic de sida, a progressivement augmenté de 35 ans à 41 ans. Ce phénomène est observé pour tous les modes de transmission, mais les UD représentent la population qui a le plus "vieilli", puisque les jeunes UD se contaminent moins. Ainsi, le nombre de découvertes de séropositivité chez les UD entre 2003 et 2005 est très faible (265 cas cumulés). Ce sont le plus souvent des UD, contaminés il y a plusieurs années, qui sont passés à travers les mailles du dépistage.

L'incitation au dépistage des UD pour le VIH était en effet importante et semble avoir bien fonctionné. Sur l'ensemble de la période 1996-2005, par rapport aux autres groupes de transmission, les UD ont le risque le plus faible d'être dépistés tardivement, au moment du diagnostic du sida. Dans l'enquête Coquelicot (2004), la quasi-totalité des UD connaissaient leur statut sérologique vis-à-vis du VIH.

L'ensemble de ces données suggère que la politique de réduction des risques a eu un impact sur la baisse de la transmission du VIH chez les UD. Certains constats restent néanmoins préoccupants. Les UD représentent une population marquée par une précarité sociale extrême, visible dans le domaine de l'emploi et du logement, précarité qui semble s'accroître entre les enquêtes de 1998 et de 2004. La majorité des UD n'ont pas de logement stable (38 % en 1998 et 55 % en 2004) et les trois quarts ne travaillent pas. Cette précarité ne favorise pas l'observance des traitements et peut expliquer le pronostic plus sombre de la maladie chez les UD après le diagnostic de sida (le risque de décès est près de deux fois supérieur à celui des hétérosexuels) et l'importance de la tuberculose chez ces sujets.

Un deuxième constat est également préoccupant. Si le risque de contamination par le VIH a largement diminué ces dix dernières années, celui du virus de l'hépatite C reste très élevé : près de 60 % des UD sont infectés par le VHC (enquête Coquelicot 2004). La prévalence augmente avec l'âge mais est déjà élevée chez les jeunes UD (28 % chez les moins de 30 ans). Chez les UD infectés par le VIH, la prévalence du VHC est encore plus élevée. La quasi-totalité des UD séropositifs sont co-infectés par le VHC, ce qui s'explique par un risque de transmission du VHC supérieur à celui du VIH.

## **UNE AUGMENTATION DU NOMBRE DE PERSONNES D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE INFECTÉES PAR LE VIH**

La place des personnes de nationalité étrangère dans l'épidémie de VIH/sida en France n'est pas nouvelle. En effet, dès le début de l'épidémie, la proportion des étrangers n'était pas négligeable. Mais cette évolution s'est accélérée dès la fin des années quatre-vingt-dix et a été marquée par une proportion croissante de personnes de

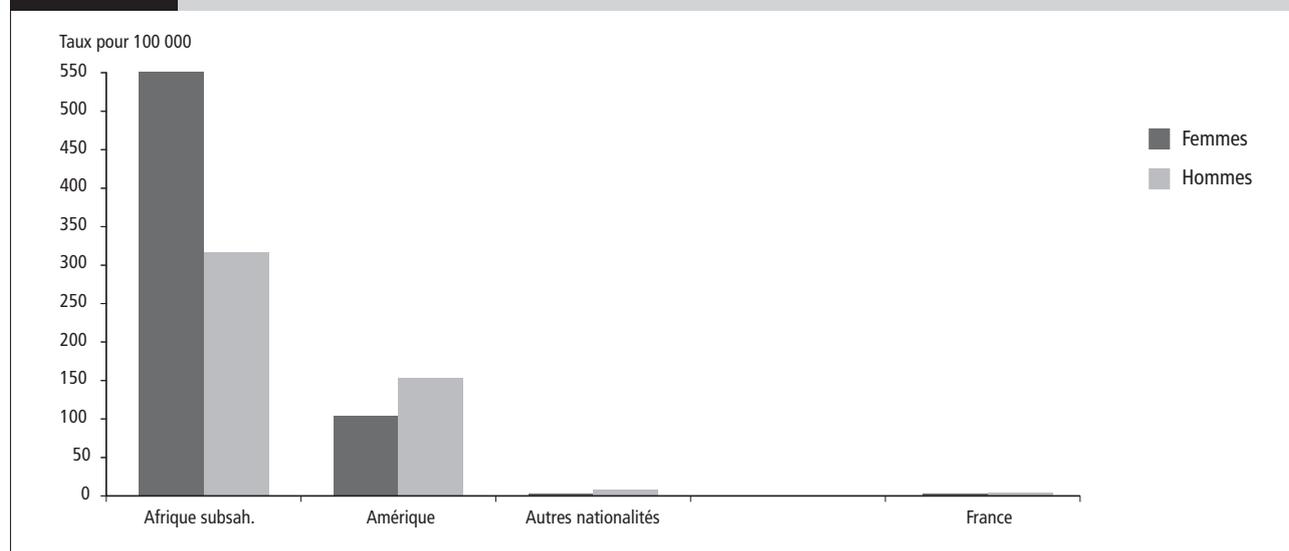
<sup>1</sup> Il s'agit des UD qui fréquentent soit les dispositifs de prévention ou de prise en charge, soit un médecin généraliste.

nationalité d'Afrique subsaharienne<sup>2</sup>, que ce soit dans les systèmes de surveillance ou dans les files actives hospitalières. Entre 1996 et 2005, la proportion d'Africains parmi les cas de sida est passée de 7 % à 24 %. Les Africains représentent 32 % de l'ensemble des

découvertes de séropositivité entre 2003 et 2005 et il s'agit principalement de femmes (62 %). Dans cette population, les relations hétérosexuelles constituent le principal mode de contamination.

FIGURE 3

NOMBRE DE DÉCOUVERTES DE SÉROPOSITIVITÉ VIH EN 2005 (POUR 100 000) RAPPORTÉ À LA POPULATION VIVANT EN FRANCE (RECENSEMENT DE 1999), PAR NATIONALITÉ (DONNÉES AU 31/03/2006)



L'ensemble des enquêtes réalisées à partir de 2000 confirment l'importance des populations africaines sur la situation épidémiologique du VIH en France : l'enquête réalisée un jour donné sur la co-infection du VIH et des virus des hépatites (les Africains représentent 17 %), l'enquête sur le profil des personnes présentant un retard au dépistage (52 % dans l'enquête Retard) et celle réalisée dans les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), où la prévalence du VIH parmi les consultants africains est la plus élevée. Cette forte proportion des personnes africaines est également observée dans l'enquête ANRS-Vespa chez les personnes vivant avec le VIH (12 %) [4]. Les tendances observées chez les populations africaines vivant en France reflètent, en partie, la situation du VIH en Afrique de l'Ouest, région avec laquelle la France a des liens historiques très étroits, se traduisant par des flux migratoires en augmentation. La prévalence du VIH, fin 2003, dans les pays d'Afrique de l'Ouest varie de 1 % au Sénégal à 7 % au Cameroun et en Côte d'Ivoire (Source Onusida). Dans une certaine mesure, on retrouve les niveaux de prévalence des pays d'origine à travers les données des notifications du VIH et du sida : le nombre de découvertes de séropositivité ou de sida chez les Sénégalais en France est faible, alors que celui des Ivoiriens est beaucoup plus élevé. Il ne faut pas en conclure pour autant que les personnes africaines se sont toutes contaminées dans leur pays d'origine. Deux éléments, s'appuyant sur les résultats de la surveillance virologique, suggèrent que des contaminations surviennent en France : près de 10 % des Africains se sont contaminés dans les 6 mois qui précèdent la découverte de leur séropositivité et près d'un Africain sur quatre est infecté par un virus du sous-type B qui, historiquement, est prédominant en Europe de l'Ouest et quasiment absent sur le continent africain.

À l'inverse des homosexuels et comme les UD, les personnes africaines infectées par le VIH cumulent des indicateurs socio-économiques de

précarité, qui se retrouvent quelles que soient les sources de données (enquête sur le parcours sociomédical des personnes d'Afrique subsaharienne VIH+ en 2002, enquête Retard en 2003 et notification obligatoire du VIH) : les trois quarts sont sans emploi et la majorité de ces sujets ne vit pas dans son propre logement (61 %, enquête Retard). Cette précarité pourrait avoir des retentissements sur l'observance des traitements et sur le risque d'échec thérapeutique [5].

Si les Africains constituent une population très touchée (figure 3), il existe néanmoins plusieurs constats encourageants. Le nombre de femmes africaines, qui découvrent leur séropositivité, a baissé entre 2003 et 2005. Par ailleurs, des indicateurs montrent l'amélioration du dépistage dans cette population : leur séropositivité est plus souvent diagnostiquée à un stade asymptomatique en 2005 qu'en 2003 et un plus grand nombre d'Africains ont fréquenté le dispositif de dépistage anonyme et gratuit des CDAG en 2004 qu'en 2000.

## UNE FÉMINISATION LENTE DE L'INFECTION À VIH

Cette féminisation se dessine entre 1996 et 2005. Les femmes représentaient 21 % des cas de sida en 1996, alors que la proportion de femmes est de 33 % en 2005. Depuis 2003, 40 % des personnes qui découvrent leur séropositivité chaque année sont des femmes. La surveillance de l'activité de dépistage retrouve également cette féminisation : la proportion de femmes parmi les sérologies positives augmente au cours du temps, que ce soit dans un cadre anonyme ou non. Les femmes sont toujours plus jeunes que les hommes. Certes, les femmes africaines occupent une place prépondérante parmi l'ensemble des femmes séropositives (41 % des cas de sida et 50 %

<sup>2</sup> Par convention, dans le reste du texte, nous utiliserons le terme "personnes africaines" ou "Africains" pour les personnes dont la nationalité actuelle est celle d'un pays d'Afrique subsaharienne.

des découvertes de séropositivité) qui peut masquer celle des femmes hétérosexuelles françaises. Environ 400 femmes françaises découvrent chaque année leur séropositivité. Elles sont contaminées le plus souvent par des rapports hétérosexuels et une partie d'entre elles se dépistent précocement : un tiers de ces femmes se sont contaminées dans les 6 mois qui précèdent le diagnostic et souvent avec leur partenaire stable. La grossesse constitue une occasion de dépistage non négligeable chez ces femmes (14 % des motifs de dépistage).

Le nombre de femmes atteintes d'une IST est très faible au travers des systèmes de surveillance, à l'exception des infections à *Chlamydiae* qui ont augmenté chez les femmes de moins de 25 ans, passant de 43 % à 58 % entre 1997 et 2005. Cependant, il est possible que ces systèmes ne captent pas bien les IST des femmes qui, pour la plupart, se font soigner en ville par un gynécologue.

## LE DÉPISTAGE PRÉCOCE EST UNE NÉCESSITÉ ABSOLUE POUR PERMETTRE UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE

L'offre de dépistage est très large en France, une personne pouvant se faire dépister dans un laboratoire de ville ou à l'hôpital, dans une structure de dépistage gratuit comme un centre de planification et d'éducation familiale (CPEF), un centre de protection materno-infantile (PMI), un DAV ou dans une CDAG (leur nombre évolue entre 250 et 300 selon les années). L'ampleur du dispositif de dépistage peut en partie expliquer le volume de sérologies VIH réalisées chaque année en France (hors don du sang) : entre 3,6 millions de tests (1997) et 5,3 millions de tests (2005). L'activité de dépistage, qui avait atteint un pic en 1994 (86 tests/1 000 habitants) pour diminuer ensuite, a de nouveau progressé depuis 1997, que ce soit dans les laboratoires ou les CDAG, se rapprochant en 2005 (83 tests/1 000 habitants) du niveau de 1994.

Si le volume de sérologies VIH en France est plus élevé (85 pour 1 000 habitants en 2005) que celui observé chez nos voisins européens (57 en Belgique), le dispositif est-il efficace pour autant ? Un certain nombre d'éléments le suggère :

- selon les enquêtes réalisées dans les CDAG (1999, 2000 et 2004), ces consultations sont attractives pour des personnes plus à risque : la proportion de sérologies positives dans ces structures (4,7 pour 1 000 sérologies) est toujours supérieure à celle observée dans les laboratoires de ville ou hospitaliers (2,4/1 000 tests) sur l'ensemble de la période 1996-2005. Les CDAG permettent d'identifier environ 1 200 séropositivités par an et représentent 11 % des sérologies positives. Elles ont réussi également à attirer des populations de plus en plus jeunes qui viennent dans le cadre d'une démarche de prévention : la répartition par âge des consultants testés a évolué vers un rajeunissement, avec une plus grande part des moins de

20 ans, le principal motif de venue chez ces jeunes étant celui de connaître leur statut sérologique avant d'arrêter l'utilisation des préservatifs avec leur partenaire stable. De plus, on observe une augmentation de la fréquentation des CDAG par les personnes d'origine africaine, de 5 % à 10 % entre les deux enquêtes de 2000 et 2004 ;

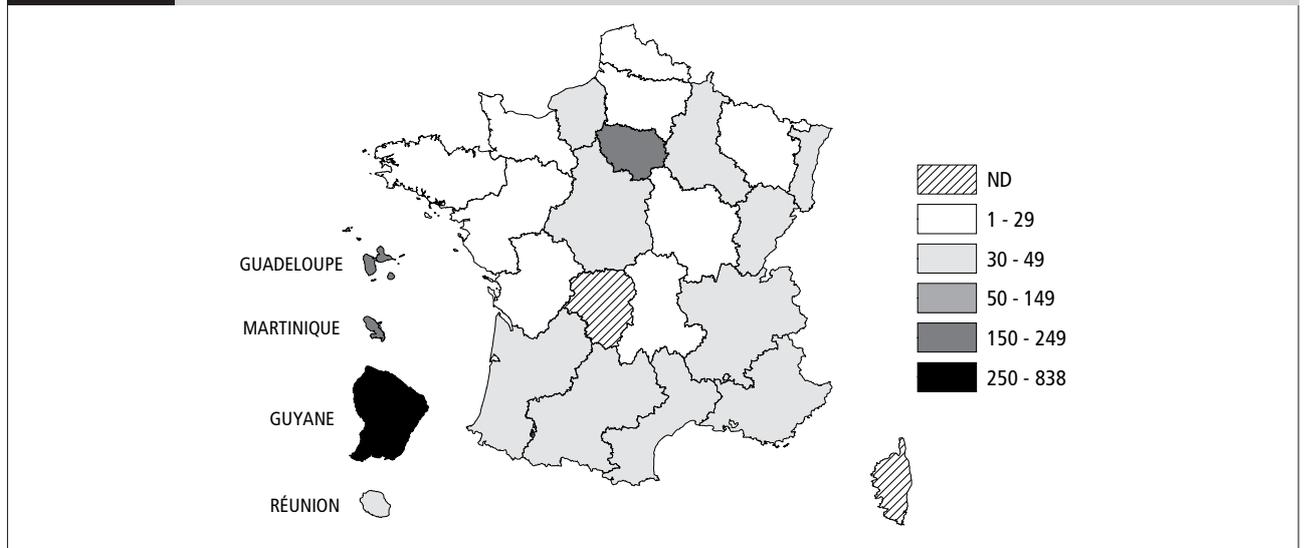
- en revanche, même si les Africains fréquentent plus le dispositif des CDAG, ils se font encore très souvent dépister à l'hôpital, tardivement, à l'occasion de signes cliniques. Au moment de la découverte du sida, les femmes et les hommes africains ont respectivement trois et quatre fois plus de risque d'avoir été dépistés tardivement que les femmes françaises. Ce constat ne signifie pas obligatoirement qu'il y ait une faillite du dispositif de dépistage en France, ces personnes ayant pu arriver récemment en France et être dépistées à cette occasion alors qu'elles se sont contaminées il y a plusieurs années. Les données de la notification obligatoire du VIH et du sida ne permettent pas de le montrer, puisque la date d'arrivée en France des personnes nées à l'étranger n'est pas collectée. Mais d'autres données le suggèrent. L'enquête "Retard" montre que la majorité des femmes africaines, qui ont consulté tardivement pour un dépistage, ont été dépistées dans l'année suivant leur arrivée. L'enquête ANRS-Vespa chez les personnes vivant avec le VIH retrouve le même constat [4] ;
- les UD sont globalement bien dépistés, comme le montrent l'ensemble des données disponibles (notification obligatoire, enquête Coquelicot) ;
- un autre élément positif est l'adéquation entre l'ampleur de l'épidémie dans certaines régions et le volume de tests qui y sont réalisés : les Départements français d'Amérique (DFA), l'Île-de-France (IDF) et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), régions historiquement très touchées par l'épidémie, sont également celles qui "testent" le plus (cf. paragraphe suivant). Malgré ce large dispositif, il reste encore des personnes qui ne connaissent pas leur séropositivité, mais il est difficile d'en apprécier le nombre.

## L'INFECTION À VIH EN FRANCE PRÉSENTE DES DISPARITÉS RÉGIONALES IMPORTANTES

Des régions se singularisent clairement, soit par l'ampleur de leur épidémie (figure 4), soit par les caractéristiques des populations touchées en termes de nationalité (forte proportion de personnes de nationalité étrangère) ou de mode de contamination (prédominance des UD ou des homosexuels), notamment en IDF, dans les DFA et dans la région PACA.

FIGURE 4

TAUX MOYEN ANNUEL DE DÉCOUVERTES DE SÉROPOSITIVITÉ VIH EN 2003-2005 PAR MILLION D'HABITANTS (FRANCE, DONNÉES AU 31/03/2006 REDRESSÉES POUR LES DÉLAIS DE DÉCLARATION)



ND : non disponible car les calculs de redressement sont impossibles du fait de la combinaison d'un effectif faible et de délais de déclaration irréguliers.

L'IDF se distingue par l'ampleur de son épidémie et par la forte proportion de personnes de nationalité étrangère (60 % de l'ensemble des découvertes de séropositivité). Elle regroupe, en effet, la moitié de l'ensemble des découvertes de séropositivité depuis 2003 et cumule près de 12 000 personnes vivantes atteintes de sida au 31 décembre 2005. Chez les donneurs de sang, sur la période 2000-2005, la prévalence du VIH est significativement plus élevée en IDF que dans le reste de la France. L'importance de l'Afrique subsaharienne est très marquée en IDF, puisqu'une découverte de séropositivité sur deux en 2003-2005 concerne une personne africaine. Cette situation n'est pas étonnante puisque, selon l'Insee, 60 % des Africains vivant en France résident en IDF. La population des UD vivant en IDF est également très touchée par le VIH, même si la prévalence du VIH a diminué de 21 % à 11 % [IC95 % : 6-19] entre les enquêtes de 1998 et 2004 (même si, strictement, ces deux études ne sont pas comparables). Il s'agit le plus souvent de contaminations survenues il y a plusieurs années.

L'IDF est également marquée par l'émergence d'épidémies d'IST au sein de la population homosexuelle, comme la syphilis fin 2000 ou la LGV en 2004, les autres régions étant touchées secondairement. La résurgence de la syphilis a conduit les pouvoirs publics à lancer une campagne d'incitation au dépistage de la syphilis chez les homosexuels à Paris mi-2002. Plus récemment, courant 2004, un "cluster" de cas d'hépatite aiguë C chez des homosexuels séropositifs a été identifié dans plusieurs hôpitaux parisiens et a également conduit à sensibiliser les cliniciens au dépistage plus systématique de l'hépatite C devant l'apparition de signes cliniques ou biologiques. Le large éventail de rencontres sur Paris et sa région, et l'importance de la communauté gay dans cette région semblent favoriser ces épidémies.

Les DFA occupent une position particulière, en partie liée à leur situation géographique, car ils représentent une zone d'attraction pour les pays voisins moins développés. Ils comptent pour 7 % de l'ensemble des cas de sida entre 1996 et 2005 et 8 % des découvertes de séropositivité (2003-2005). Les personnes se contaminent

principalement par rapports hétérosexuels et la proportion d'étrangers parmi les diagnostics VIH ou sida est élevée (près de 50 %). De même, la prévalence du VIH chez les donneurs de sang est toujours plus élevée dans cette région qu'en métropole. Au sein des DFA, il existe également des disparités : un gradient croissant de l'épidémie se dessine entre la Martinique, la Guadeloupe et la Guyane. Ce gradient persiste quels que soient les indicateurs ou les sources de données : le taux de notifications du VIH et du sida (par million d'habitants), la proportion d'étrangers parmi les notifications du VIH, le taux de sérologies positives par million d'habitants sont plus élevés en Guyane (respectivement 838, 323, 68 %, 2 597) qu'en Guadeloupe (249, 95, 49 %, 971) et en Martinique (175, 75, 8 %, 432).

La région PACA présente plusieurs particularités : son épidémie a démarré tôt, dans les années quatre-vingt, elle est marquée par l'importance des contaminations par usage de drogues et par une proportion plus importante de personnes d'Afrique du Nord. L'utilisation de la voie veineuse est historiquement répandue dans les régions du sud de la France. En 2004, la séroprévalence du VIH chez les UD est beaucoup plus élevée à Marseille qu'à Lille (32 % vs 1 %). Mais la politique de réduction des risques a permis de diminuer les contaminations par le VIH des UD dans la région. Par conséquent, cette région, qui représentait 13 % des cas de sida en 1996, ne représente plus que 7 % en 2005. Cette évolution se retrouve également dans la population des donneurs de sang de la région PACA entre 1996 et 2005 : avant 2000, la prévalence du VIH était plus élevée chez les donneurs en région PACA que dans les autres régions de métropole et cette disparité ne se retrouve plus à partir de 2000. De même, depuis quelques années, on observe une proportion de sérologies positives (161/million d'habitants en PACA en 2005) plus faible que la moyenne nationale. Pourtant, la région PACA présente la particularité d'avoir une forte activité de dépistage, que ce soit dans le cadre des laboratoires de villes et hospitaliers (110 tests/1 000 habitants en 2005) ou au niveau des structures des CDAG (7 tests/1 000 habitants en 2005) et ce niveau de dépistage élevé se maintient depuis plusieurs années.

## **CES DIX ANNÉES ONT AUSSI ÉTÉ MARQUÉES PAR L'ÉVOLUTION DE LA SURVEILLANCE...**

### **...DU VIH ET DES INFECTIONS RÉCENTES...**

L'introduction des puissantes associations d'antirétroviraux en 1996 a non seulement modifié le pronostic de la pathologie VIH mais aussi la surveillance épidémiologique : la surveillance des pathologies inaugurales de sida ne reflète plus la dynamique de l'épidémie, d'où l'importance de la mise en place de la notification obligatoire du VIH, un des outils majeurs de la surveillance. Plusieurs années de collaboration entre les professionnels de la santé, la société civile (dont les associations de lutte contre le sida) et des experts de la sécurité informatique ont été nécessaires pour faire accepter et mettre en place le système de notification du VIH en France. Le nouveau dispositif mis en place, début 2003, apporte un principe essentiel qui lève les freins antérieurs à la notification du VIH : la garantie absolue du respect de l'anonymat des personnes. Cependant, la complexité de ce système entraîne une sous-déclaration (entre 30 et 40 %) bien supérieure à celle qui était observée avec la déclaration du sida à la fin des années quatre-vingt-dix (15 %). Malgré cette limite, le système reste très performant grâce, notamment, à la surveillance virologique des infections récentes et des virus circulants qui a été couplée à la notification obligatoire du VIH dès sa mise en place. La surveillance virologique permet d'estimer la part des contaminations survenues depuis moins de 6 mois à l'aide d'un test d'infection récente et de caractériser les virus (en termes de type de virus VIH-1 ou VIH-2, de groupe O ou M et de sous-type B ou non-B) des personnes qui découvrent leur séropositivité.

### **...DES VIRUS CIRCULANTS...**

Le suivi des virus qui infectent les personnes est intéressant car il permet de mieux comprendre l'évolution de la transmission : historiquement, le sous-type B du VIH-1 est largement prédominant en France alors qu'en Afrique subsaharienne, ce sont les sous-types non-B qui sont majoritaires. Depuis plusieurs années, on observe une évolution de la répartition des sous-types viraux qui infectent les personnes séropositives, avec une augmentation des sous-types non-B chez les personnes françaises (de 15 % en 1996-1998 selon l'observatoire de l'action coordonnée n° 11 [6] à 49 % en 2005 selon la surveillance virologique). Cette évolution est observée également chez les donneurs de sang, où la proportion des non-B est passée de 6 % sur la période 1985-1987 à 31 % sur la période 2003-2005. En parallèle, les Africains qui découvrent leur séropositivité en France ne sont pas tous infectés par les sous-types non-B, puisque près de 22 % d'entre eux sont infectés par le sous-type B (2003-2005), suggérant, de ce fait, une contamination en France plutôt que sur le continent africain. La conjugaison des deux phénomènes suggère une intrication entre les populations françaises et africaines.

### **...ET DE LA CO-INFECTION DU VIH AVEC LES VIRUS DES HÉPATITES**

Avec l'allongement de la survie des patients séropositifs, les comorbidités liées aux virus des hépatites B et C deviennent un problème majeur de prise en charge et nécessitent une surveillance adaptée. Chez les personnes séropositives pour le VIH, la prévalence de l'hépatite chronique B est de 7 % (en 2004). La prévalence de l'hépatite C est élevée, entre 24 et 28 % selon les enquêtes, mais il s'agit principalement

d'UD séropositifs, puisqu'ils représentent plus de 70 % des personnes co-infectées par le VIH et le VHC. La co-infection par le VHC complique la prise en charge des patients et nécessite une évaluation spécifique de l'activité et de la fibrose hépatiques. La réalisation de cette évaluation semble avoir augmenté entre 2001 et 2004, grâce à l'utilisation de techniques moins invasives que la biopsie hépatique.

## **LES MESURES DE PRÉVENTION ONT ÉGALEMENT ÉTÉ RENFORCÉES DANS LE DOMAINE...**

### **...DE LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG EN MILIEU DE SOINS...**

En matière de prévention, d'énormes progrès ont été fournis afin de réduire les accidents exposant au sang (AES) en milieu de soins. La surveillance des contaminations professionnelles VIH, débutée en 1991, confirme l'impact des politiques de réduction des risques chez les soignants. Le nombre de contaminations professionnelles constatées entre 1996 et 2005 (4 séroconversions documentées et 2 infections présumées) est relativement faible. Néanmoins, la moitié aurait encore pu être évitée, soit par l'application des précautions standard, soit par une prise en charge optimale de l'accident.

### **...ET DE LA SÉCURITÉ TRANSFUSIONNELLE**

Dans le domaine de la transfusion sanguine, grâce à la sélection des candidats aux dons et aux progrès réalisés dans la qualification biologique des dons, le risque résiduel de transmission du VIH en France a continué à diminuer après 1996. Sur la période 2003-2005, le risque résiduel est très faible puisqu'il a été estimé à un don infecté par le VIH pour 2,6 millions de dons [IC95 % : 0-1/750 000]. Avec une prévalence du VIH 40 fois plus faible que celle estimée dans la population générale, les donneurs de sang constituent une population à faible risque, mais la stabilité de la prévalence depuis 1998, dans cette population, montre que la sélection des donneurs au moment du don ne doit pas se relâcher.

## **LA SITUATION DE LA FRANCE AU SEIN DE L'EUROPE**

La situation épidémiologique de la France vis-à-vis du VIH et des IST n'est pas très différente de celle de ses voisins européens [7]. En effet, les pays d'Europe de l'Ouest partagent globalement les mêmes constats : la diminution du nombre des cas de sida et des décès depuis l'introduction des puissants traitements, l'augmentation du nombre d'homosexuels et d'hétérosexuels infectés et la diminution des nouveaux diagnostics chez les UD (excepté au Portugal où l'épidémie chez les UD est plus récente). En Europe, les cas de sida ont continuellement baissé de 9 928 cas (30 cas par million d'habitants) en 1998 à 6 432 cas (19 cas par million) en 2005. Parallèlement, le taux de nouveaux diagnostics VIH par million d'habitants a doublé entre 1998 et 2005 de 42 à 74 cas (8 626 à 15 678). Le nombre de cas chez les homo-bisexuels a augmenté de 55 % et il a plus que doublé entre 1998 et 2005 chez les hétérosexuels (de 3 000 à 7 000 cas). En Europe, l'augmentation des nouveaux diagnostics est liée, en partie, à la progression du nombre de personnes originaires d'Afrique.

Celles-ci représentent plus de la moitié des nouveaux diagnostics chez les hétérosexuels au Royaume-Uni, en Belgique, en Suède ou en Allemagne. La situation actuelle de la France est assez proche de celle du Royaume-Uni, avec un nombre annuel de nouveaux diagnostics VIH assez comparable (environ 7 000) et une forte proportion de personnes africaines parmi les hétérosexuels, le Royaume-Uni et la France ayant des liens historiques étroits avec des pays d'Afrique à forte prévalence du VIH. Début 2000, des épidémies de syphilis, puis de LGV sont survenues dans tous les pays d'Europe de l'Ouest, principalement chez les homosexuels infectés par le VIH [8-16].

Si les tendances entre les pays d'Europe de l'Ouest sont comparables, l'ampleur de l'épidémie a varié selon les régions. Historiquement, les pays du Sud (Espagne, Italie, France) sont les pays les plus touchés par le VIH/sida en Europe. L'Espagne (72 000 cas), l'Italie (56 000) et la France (61 000) cumulent plus de cas de sida depuis le début de l'épidémie au 31 décembre 2005 que l'Allemagne (24 500) ou le Royaume-Uni (22 000). Malgré l'ampleur de leur épidémie, l'Espagne et l'Italie n'ont pas encore mis en place de système de notification obligatoire du VIH à l'échelle nationale.

## LES DONNÉES DE LA SURVEILLANCE SONT NÉCESSAIRES AUX POLITIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE

Les données épidémiologiques sont indispensables pour orienter les politiques de lutte contre le VIH/sida. Ainsi, l'augmentation du nombre d'étrangers malades du sida à la fin des années quatre-vingt-dix, et notamment d'Africains, a conduit à accentuer la visibilité des migrants au travers des campagnes de communication grand public dès le début des années 2000 et à diversifier les supports spécifiques à destination des migrants et des professionnels. Les données VIH sont ensuite venues renforcer le constat de la surveillance du sida et montrer la place importante prise par les populations d'origine étrangère et apporter un nouvel éclairage sur les pratiques de dépistage. Un programme national spécifique de lutte contre le VIH en direction des migrants vivant en France a alors été mis en place par le ministère de la Santé sur la période 2004-2006. Les campagnes d'incitation au dépistage mises en place par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), qui se sont déroulées depuis plusieurs années, ont semble-t-il commencé à porter leurs fruits, puisque le dépistage semble se faire de façon moins tardive qu'auparavant dans la population d'Afrique subsaharienne.

Les homosexuels sont, depuis longtemps, la cible des messages de prévention et d'information. Le niveau d'éducation supérieur à la moyenne, retrouvé dans cette population, n'en cache pas moins des vulnérabilités quant aux attitudes face à la prévention. Depuis 2000, les données issues des enquêtes comportementales puis du dispositif de notification obligatoire ont incité l'Inpes à renforcer le dispositif de communication, à renouveler les supports et les messages de prévention et à mener des campagnes spécifiques en direction des personnes atteintes. Les associations gays ont utilisé les données de surveillance pour leur propres campagnes : "Un homosexuel sur dix est contaminé par le VIH, plus de quatre homosexuels découvrent chaque jour leur séropositivité. Sida : nous arrêtons quand ?" (Campagne d'affichage du collectif des associations, 2004).

Chez les UD, les données épidémiologiques ont également permis de repenser les messages de prévention. Ces dernières années, les enquêtes PES et Coquelicot ont contribué à renouveler les cartes de prévention

émises par l'Inpes à destination des UD, en insistant sur les risques de transmission liés au partage de petit matériel et à la réutilisation de sa propre seringue. Les données de l'enquête Coquelicot ont également mis en évidence le taux extrêmement élevé de partage des pipes à crack par les consommateurs de crack. Ces résultats préoccupants ont renforcé l'attention portée à cette population des consommateurs de crack en termes d'interventions de santé publique. Ces données épidémiologiques ont enfin permis d'évaluer la politique de réduction des risques et de montrer son efficacité sur la diminution de la transmission du VIH, dans un contexte où cette politique a parfois pu être mise en question.

Sur les dix dernières années, la surveillance des IST a permis de donner l'alerte devant l'apparition de résistances aux antibiotiques (en l'occurrence la ciprofloxacine) pour le traitement des infections à gonocoques ou l'augmentation lente mais continue des infections à *Chlamydiae* chez les femmes jeunes, qui est aussi préoccupante. Les données issues des dispositifs de surveillance de la syphilis et la LGV permettent à l'Inpes de lancer de nouvelles campagnes de prévention et d'information dans les lieux gays : "Alerte syphilis" (en 2002, 2003 et 2004), "Ce soir, tu risques de baiser avec la LGV" (Inpes 2005) et auprès des professionnels de santé : "Dépistage du VIH et des IST" (Repère pour votre pratique, 2005). Elles permettent de guider des actions de santé publique, comme la campagne d'incitation au dépistage de la syphilis, et de préconiser le dépistage des *Chlamydiae* chez les femmes jeunes.

En complément de ces politiques, les liens entre la recherche et la santé publique se sont renforcés grâce, notamment, à l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites (ANRS). Cette collaboration a permis d'initier des enquêtes innovantes, comme l'étude Coquelicot auprès des UD, ou de pérenniser un dispositif d'enquêtes comme celui des EPG. L'appui financier et scientifique de l'ANRS, à travers les comités de pilotage des études et les actions coordonnées (AC), est essentiel. La collaboration, au sein de l'AC23, entre des équipes de l'Inserm, le CNR du VIH et l'InVS, a conduit à valider le test biologique permettant d'identifier les infections récentes et utilisé en routine à des fins de santé publique exclusivement.

La mise en place d'enquêtes spécifiques, comme Coquelicot, ou l'implantation de la notification obligatoire du VIH et du test d'infection récente n'ont pas été sans difficulté. En effet, ces dispositifs ont conduit à mettre en balance les intérêts individuels et les intérêts "collectifs" de santé publique. Les intérêts individuels sont défendus par des comités (Commission nationale de l'informatique et des libertés, Comité consultatif national d'éthique, Conseil national du sida) et par la société civile elle-même, au travers des associations de lutte contre le sida et des associations des usagers. Dans la lutte contre le VIH, les associations ont toujours occupé une place particulièrement importante, capable de faire infléchir des décisions politiques ou techniques. Cela a été le cas en juillet 1999, lorsque le lancement d'un projet pilote de la notification obligatoire du VIH a été suspendu sous la pression des associations, qui jugeaient que le système ne protégeait pas suffisamment les individus. Les associations ont été ensuite plus largement associées au processus de construction de la notification obligatoire du VIH en France. Ainsi, les intérêts individuels (protection de l'anonymat notamment) ont été au premier plan des exigences du système, parfois au détriment des intérêts de la santé publique. Le système de notification obligatoire est plus complexe, moins réactif, avec une sous-déclaration plus importante que celle observée dans les autres pays comme l'Allemagne ou le Royaume-Uni. Cependant, il est clair que ce système est probablement celui qui, au niveau européen, apporte le maximum de sécurité aux données collectées et donc aux individus.

Par ailleurs, la France est le seul pays à disposer, à l'échelle nationale, dans le cadre d'une surveillance pérenne, de données virologiques permettant de détecter des infections récentes et de suivre la diversité virale. Les résultats du test d'infection récente, pondérés par d'autres paramètres comme les comportements de dépistage, devraient permettre d'estimer l'incidence du VIH, c'est-à-dire de déterminer le nombre de nouvelles contaminations en France. Mais la route est encore longue, car de nombreux obstacles méthodologiques persistent et sont largement partagés par tous les pays qui travaillent sur cette approche. En termes de recherche, outre l'estimation de l'incidence, des approches coût-efficacité de stratégies de dépistage comme celles développées aux États-Unis [17,18] sont nécessaires. Elles permettront

de mieux cibler la fréquence des dépistages en fonction des comportements et de mieux évaluer le dispositif de dépistage en France. D'autres perspectives de surveillance se dessinent pour les dix prochaines années, comme celles de coupler la résistance aux antirétroviraux à la notification obligatoire, de mettre en place plus d'enquêtes de séroprévalence et de développer des dispositifs de surveillance auprès de populations vulnérables comme les personnes détenues et prostituées. Un des enjeux des prochaines années sera également de profiter de la nouvelle organisation du dépistage et de la prise en charge des IST par les pouvoirs publics en France pour renforcer la surveillance des autres IST.

## ■ RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Semaille C, Pillonel J, Cazein F, Lot F, Laporte A. Analyse de la survie des sujets atteints de sida dans les principaux hôpitaux parisiens entre 1981 et 1993. *Bull Epidemiol Hebd* 1997;8:31-2.
- [2] Couzigou C, Pinget R, Le Strat Y, Pillonel J, Vittecoq D, Semaille C. Survie des patients atteints de sida diagnostiqués dans les hôpitaux parisiens : facteurs pronostiques et évolution, 1994-2001. *Bull Epidemiol Hebd* 2005;23:112-4.
- [3] Calvez M, Fierro F, Laporte A, Semaille C. Rapport sous la responsabilité scientifique de M. Calvez (Université Rennes 2). Le recours tardif aux soins des personnes séropositives pour le VIH : modalités d'accès et contextes socioculturels. 2006.
- [4] Lert F, Obadia Y, et l'équipe de l'enquête Vespa. Comment vit-on en France avec le VIH/sida ? *Population et sociétés* 2004;406:1-4.
- [5] Dray-Spira R, Spire B, Heard I, Lert F. Heterogeneous response to HAART across a diverse population of people living with HIV: results from the ANRS-EN12-VESPA Study. *AIDS* 2007;21 Suppl 1:S5-S12.
- [6] Couturier E, Damond F, Roques P, Fleury H, Barin F, Brunet JB, *et al.* HIV-1 diversity in France, 1996-1998. The AC 11 laboratory network. *AIDS* 2000 18;14(3):289-96.
- [7] EuroHIV. HIV/AIDS Surveillance in Europe. End-year report 2005. Saint-Maurice; 2006. Report No: 73.
- [8] Marcus U, Bremer V, Hamouda O. Syphilis surveillance and trends of the syphilis epidemic in Germany since the mid-90s. *Euro Surveill* 2004; 9(12):11-4.
- [9] Communicable Disease Surveillance Center. Increased transmission of syphilis in Brighton and Greater Manchester among men who have sex with men. *Comm Dis Rep Weekly* 2000;10:383-6.
- [10] Righarts AA, Simms I, Wallace L, Solomou M, Fenton KA. Syphilis surveillance and epidemiology in the United Kingdom. *Euro Surveill* 2004; 9(12):21-5.
- [11] Couturier E, Michel A, Janier M, Dupin N, Semaille C. Syphilis surveillance in France, 2000-2003. *Euro Surveill* 2004;9(12):8-10.
- [12] Bremer V, Meyer T, Marcus U, Hamouda O. Lymphogranuloma venereum emerging in men who have sex with men in Germany. *Euro Surveill* 2006;20;11(9):152-4.
- [13] Herida M, de Barbeyrac B, Sednaoui P, Scieux C, Lemarchand N, Kreplak G, *et al.* Rectal lymphogranuloma venereum surveillance in France 2004-2005. *Euro Surveill* 2006;20;11(9):155-6.
- [14] Ward H, Martin I, Macdonald N, Alexander S, Simms I, Fenton K, *et al.* Lymphogranuloma venereum in the United Kingdom. *Clin Infect Dis* 2007;44(1):26-32.
- [15] Mayans VL, Sanz CB, Ossewaarde JM. First case of LGV confirmed in Barcelona. *Euro Surveill* 2005;10(2):E050203.
- [16] Macdonald N, Ison C, Martin I, Alexander S, Lowndes C, Simms I, *et al.* Initial results of enhanced surveillance for lymphogranuloma venereum (LGV) in England. *Euro Surveill* 2005;10(1):E050127.
- [17] Paltiel AD, Weinstein MC, Kimmel AD, Seage GR, Losina E, Zhang H, *et al.* Expanded HIV screening in the United-States - An analysis of Cost-effectiveness. *N Engl J Med* 2005;352:586-95.
- [18] Sanders GD, Bayoumi AM, Sundaram V, Bilir SP, Neukermans CP, Rydzak CE, *et al.* Cost-effectiveness of screening for HIV in the era of highly active antiretroviral therapy. *N Engl J Med* 2005;352(6):570-85.



# Sommaire du rapport

Avant-propos

Préface

Introduction

Synthèse et mise en perspective

*Caroline Semaille-Safar*

## 1. Surveillance du VIH/sida et des co-infections VIH-VHB et VIH-VHC

---

### 1.1 Surveillance du VIH : notification obligatoire et surveillance virologique

*Françoise Cazein et Roselyne Pinget*

### 1.2 Surveillance du sida : notification obligatoire du sida

*Françoise Cazein et Roselyne Pinget*

### 1.3 Nombre de personnes touchées par le VIH (prévalence du VIH)

*Josiane Pillonel et Françoise Cazein*

### 1.4 Les virus des hépatites B et C dans la population séropositive pour le VIH

*Christine Larsen et Elisabeth Delarocque-Astagneau*

## 2. Dépistage et prise en charge du VIH

---

### 2.1 Activité de dépistage du VIH

*Françoise Cazein*

### 2.2 Dépistage anonyme et gratuit du VIH

*Stéphane Le Vu*

### 2.3 Prise en charge tardive du VIH

*Caroline Semaille-Safar*

## 3. L'épidémiologie des infections sexuellement transmissibles (hors VIH)

---

*Anne Gallay, Magid Herida, Alice Bouyssou-Michel, Véronique Goulet*

## 4. Approches populationnelles : données épidémiologiques, profils sociodémographiques et comportements à risque

---

### 4.1 Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

*Annie Velter, Caroline Semaille-Safar et Alice Bouyssou-Michel*

### 4.2 Évolution des profils sociologiques et des comportements à risque des usagers de drogues

*Marie Jauffret-Roustide*

### 4.3 Les personnes de nationalité étrangère face au VIH/sida

*Florence Lot*

## 5. Prévention

---

### 5.1 Prophylaxie post-exposition au VIH : évaluation nationale et étude coût-efficacité

*Florence Lot, Christine Larsen et Magid Herida*

### 5.2 Surveillance des contaminations professionnelles par le VIH, le VHC et le VHB chez le personnel de santé

*Florence Lot*

### 5.3 Surveillance du VIH chez les donneurs de sang homologues

*Josiane Pillonel*

## Annexes

---





## Remerciements

**Nous remercions vivement toutes les personnes** qui participent à la surveillance de l'infection à VIH, du sida et des infections sexuellement transmissibles, notamment les biologistes, les médecins et les médecins inspecteurs de santé publique et leurs collaborateurs.

**Nous remercions aussi l'ensemble des acteurs qui fournissent les données**, notamment les dispensaires antivénéériens, les consultations de dépistages anonymes et gratuits et les dispositifs de prise en charge des usagers de drogues.

**Nous remercions particulièrement** Anne Laporte pour son rôle essentiel dans la surveillance du VIH/sida, depuis la fin des années quatre-vingt jusqu'en 2002, son dynamisme et ses idées innovantes sur le dispositif de surveillance.

**Nous remercions chaleureusement** Jean-Claude Desenclos pour son soutien constant aux travaux de l'unité et son expertise scientifique.

**Nous remercions les Centres nationaux de référence (CNR) avec lesquels nous collaborons étroitement :**

Francis Barin du CNR du VIH, Tours et les responsables des laboratoires associés Françoise Brun-Vezinet, Syria Laperche, Jean-Christophe Plantier et François Simon ; Bertille de Barbeyrac du CNR des *Chlamydiae*, Bordeaux ; Patrice Sednaoui du CNR des Gonocoques, Institut Alfred Fournier, Paris.

**Nous remercions l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites (ANRS)** pour son soutien, notamment Michel Kazatchkine et Jean-François Delfraissy.

**Nous souhaitons également remercier les personnes suivantes** (par ordre alphabétique) :

Elisabeth Bouvet, Dominique Costagliola, Nicolas Dupin, Michel Janier, France Lert, Laurence Meyer, Willy Rozenbaum, les membres de l'action coordonnée n°23 de l'ANRS et son président Joseph Lellouch, ainsi que les membres du comité de pilotage de la notification obligatoire du VIH et en particulier son président Alfred Spira.