

Suivi de l'infection à VIH/sida en Ile-de-France

Données épidémiologiques : évolution en Ile-de-France et spécificités de la région

A l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le sida, et comme chaque année depuis neuf ans, l'Observatoire régional de santé (ORS) d'Ile-de-France réalise un état des lieux de l'épidémie de VIH/sida dans la région. Cette année, l'ORS a choisi de présenter l'analyse détaillée des données épidémiologiques disponibles en Ile-de-France, afin de favoriser une meilleure compréhension de la dynamique épidémique dans la région, de ses spécificités par rapport au reste du territoire national et des évolutions observées au cours de ces dernières années.

La confrontation des sources de données disponibles montre que l'épidémie évolue distinctement dans les différentes populations concernées. Chez les usagers de drogues utilisant la voie injectable, la politique de réduction des risques a permis de limiter les nouvelles contaminations, comme en témoigne la faible part des usagers de drogues parmi les personnes découvrant actuellement leur séropositivité ou diagnostiquées au stade sida. Chez les personnes contaminées par voie hétérosexuelle, la part importante des populations étrangères, principalement originaires d'Afrique subsaharienne, constitue une des spécificités de l'épidémie en Ile-de-France. Bien que l'incidence du VIH demeure particulièrement élevée parmi les Africains subsahariens vivant en Ile-de-France, une nette baisse du nombre de découvertes de séropositivité est enregistrée depuis 2003, constituant un signe positif, dans un contexte d'accroissement de l'utilisation des préservatifs parmi ces populations. Néanmoins, c'est parmi les personnes contaminées par voie hétérosexuelle (en particulier les hommes, qu'ils soient Français ou non) que le retard au dépistage apparaît le plus fréquent. Ce retard constitue un élément affectant fortement le pronostic vital des personnes touchées. Enfin, parmi les homo-bisexuels masculins, toutes les données convergent pour indiquer que l'épidémie reste très dynamique : le nombre de nouveaux cas de séropositivité ne diminue pas, à la différence de ce qui est observé chez les personnes contaminées par voie hétérosexuelle ou chez les usagers de drogues, près de la moitié de ces nouveaux cas concernent des contaminations récentes (datant de moins de six mois), les données déclaratives témoignent d'un accroissement des prises de risque, notamment chez les séropositifs. L'année 2006 est aussi marquée par une nouvelle hausse des diagnostics d'infections sexuellement transmissibles touchant principalement cette population (syphilis, lymphogranulomatose vénérienne rectale, etc.).

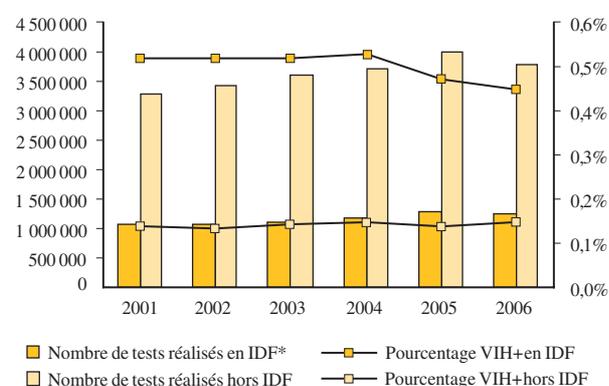
Malgré les progrès thérapeutiques majeurs intervenus au cours de ces dix dernières années, les données de surveillance du VIH/sida en Ile-de-France montrent que l'épidémie reste à un niveau préoccupant dans la région. Ces données confirment aussi la nécessité d'une communication ciblée tenant compte, tant des caractéristiques des populations que de l'évolution différentielle de l'épidémie dans ces différentes populations.

Dépistage du VIH : proportion élevée de sérologies positives en Ile-de-France mais tendance à la diminution ces dernières années

Baisse de la proportion de sérologies positives en Ile-de-France dans les laboratoires biologiques

Les données de l'enquête menée auprès des laboratoires (InVS, LaboVIH) permettent d'estimer le nombre de sérologies VIH réalisées en 2006 en Ile-de-France à 1 252 304 sur les 5 041 529 réalisées en France, soit un taux de dépistage rapporté à la population de 110 tests pour 1000 habitants en Ile-de-France contre 74 en moyenne dans le reste du territoire national, plaçant l'Ile-de-France parmi les régions où l'activité de dépistage est la plus élevée. Parmi ces tests, le nombre de sérologies positives en 2006 est estimé à 5 586 en Ile-de-France, soit un nombre de sérologies positives rapporté aux sérologies réalisées trois fois supérieur à celui enregistré dans le reste de la France (taux de 0,45 sérologies positives pour 100 en Ile-de-France contre 0,15 hors Ile-de-France). Néanmoins, les données d'évolution (Graph. 1) permettent de noter une baisse en Ile-de-France de la proportion de sérologies positives depuis 2005, alors que celle-ci était stable depuis la mise en place de cette enquête en 2001. Cette proportion est ainsi passée de 0,52% entre 2001 et 2004 à 0,47% en 2005 puis 0,45% en 2006. En province, cette proportion est restée stable (environ 0,15%) .

Graph. 1 - Evolution du nombre de sérologies réalisées dans les laboratoires et du pourcentage de sérologies positives parmi les sérologies réalisées



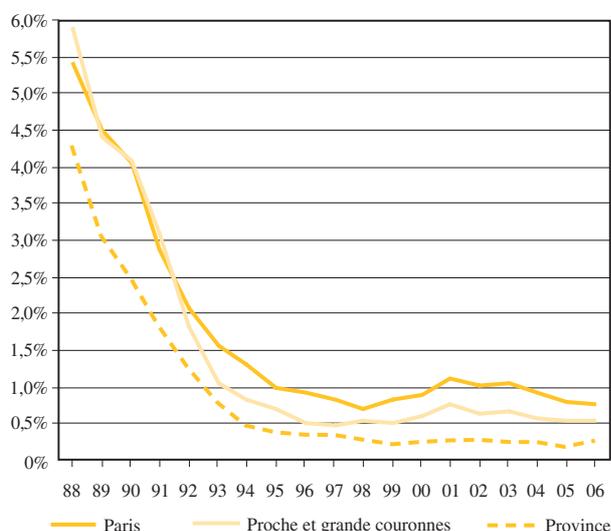
* IDF : Ile-de-France

Source : InVS, LaboVIH, exploitation InVS 2007^[1]

Baisse de la proportion de sérologies positives en Ile-de-France dans les CDAG

Le nombre de sérologies VIH effectuées dans les Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) a régulièrement augmenté depuis la mise en place des CDAG en 1988, passant en Ile-de-France de 12 064 en 1988 à 99 296 en 2006^[1]. La population des consultants franciliens s'est largement féminisée et le sexe ratio est passé de 4,8 en 1988 à 1,7 en 2006. Parallèlement à l'accroissement du nombre de tests effectués, une baisse importante de la proportion de sérologies positives peut être notée entre 1988 et 1998 (Graph 2) : celle-ci est passée en Ile-de-France de 5,5 pour 100 tests en 1988 à 0,6% en 1998. Cette proportion a légèrement augmenté entre 1999 et 2001, rompant avec la tendance à la baisse qui était alors observée, puis semble de nouveau en légère diminution (de 0,9% en 2002 à 0,7% en 2006). La baisse de la proportion de sérologies positives peut aussi être observée depuis 2004 en Ile-de-France dans les antennes des CDAG en prison^[1]. Comparée au reste de la France, la proportion de tests positifs dans les CDAG franciliennes est trois fois plus élevée qu'en province et, au niveau de la région Ile-de-France, elle est une fois et demie plus élevée dans les CDAG de Paris que dans celles des autres départements franciliens (0,8% à Paris vs 0,5% en 2006).

Graph. 2 - Evolution du pourcentage de sérologies positives parmi les sérologies réalisées dans les CDAG (hors prison)



Source : InVS, Activité VIH, CDAG hors prison, exploitation InVS 2007^[1]

Chaque année en Ile-de-France, environ deux mille personnes découvrent leur séropositivité

L'épidémie demeure importante en Ile-de-France

Entre 2003 et 2006, 7 028 personnes (2 989 femmes et 4 039 hommes) ont découvert leur séropositivité en Ile-de-France, soit 46% des découvertes de séropositivité en France. La région est, de loin, la plus touchée de l'hexagone, avec une incidence annuelle de 16,1 cas pour 100 000 habitants contre 3,1 en province (5,6 en moyenne en métropole). Cette incidence s'avère, pour tous les départements franciliens, supérieure à la moyenne hexagonale, même si les huit départements sont diversement touchés par l'épidémie. Paris et, dans une moindre mesure, la Seine-Saint-Denis sont les départements les plus fortement affectés par le VIH (respectivement 34,7 et 21,8 cas pour 100 000 habitants), suivis par trois départements, le Val-de-Marne, les Hauts-de-Seine et le Val-d'Oise, présentant des incidences proches de la moyenne régionale. Les trois derniers départements, Essonne, Seine-et-Marne et Yvelines, sont proches de la moyenne hexagonale.

La population étrangère vivant en Ile-de-France est très diversement touchée par l'épidémie

En Ile-de-France, parmi l'ensemble des découvertes de séropositivité pour lesquelles on dispose d'information sur le mode probable de transmission (soit 81% des cas), 70% concernent des personnes contaminées par voie hétérosexuelle, 27% par voie homosexuelle et 2% des usagers de drogues utilisant la voie injectable. Des différences départementales peuvent être notées, distinguant principalement Paris du reste des départements franciliens : à Paris, la proportion de personnes contaminées par voie homosexuelle est nettement plus élevée que dans les autres départements (44% vs 15%) et inversement, celle des personnes contaminées par voie hétérosexuelle est moindre (54% vs 81%). Mais l'épidémie en Ile-de-France se caractérise surtout par la proportion très élevée de découvertes de séropositivité parmi des

personnes de nationalité étrangère : 62% en Ile-de-France contre 29% dans le reste du territoire métropolitain. Parmi les personnes étrangères dont la séropositivité a été découverte et pour lesquelles la nationalité est connue, 82% en Ile-de-France sont originaires d'Afrique subsaharienne, dont les deux-tiers de quatre pays, République du Congo, République démocratique du Congo (RDC), Côte d'Ivoire et Cameroun. Si les étrangers vivant en Ile-de-France sont bien plus touchés par le VIH que les Français (incidence de 69 pour 100 000 contre 6), c'est principalement la population d'Afrique subsaharienne vivant en Ile-de-France qui est particulièrement affectée (Tab. 1) et, parmi elle, celles originaires des quatre pays déjà cités (incidence de 683 pour 100 000 contre 145 parmi les autres Africains subsahariens).

Tab. 1 - Incidence annuelle (moyenne 2003-2006) en Ile-de-France des découvertes de séropositivité par nationalité

	Incidence annuelle pour 100 000 habitants
Population vivant en Ile-de-France	16,1
Français	5,9
Etrangers	69,1
dont Européens	7,6
dont Asiatiques	12,3
dont Américains / Caribéens	94,5
dont Africains	127,0
dont Maghrébins	13,0
dont Africains subsahariens	294,5
dont quatre nationalités*	683,4
dont autres Africains subsahariens	144,5

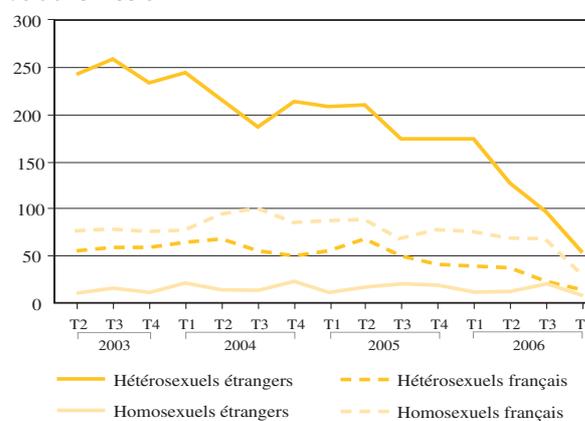
* Congolais (Congo, RDC), Ivoiriens, Camerounais.

Sources : InVS, déclarations des cas de séropositivité au 31/12/2006, Insee, enquêtes annuelles de recensement 2004 à 2006, exploitation ORS Ile-de-France

Baisse importante du nombre de nouveaux diagnostics de séropositivité parmi les personnes étrangères contaminées par voie hétérosexuelle

En Ile-de-France, la quasi-totalité des personnes étrangères chez lesquelles la séropositivité a été découverte ont été contaminées par voie hétérosexuelle (91% des cas) alors que, parmi les personnes de nationalité française, c'est le cas de 38% d'entre elles, 58% ayant été contaminées par voie homosexuelle. Néanmoins les données relatives aux découvertes de séropositivité en fonction des modes de transmission et de la nationalité des personnes concernées montrent des évolutions significatives entre 2003 et 2006 (Graph. 3). En effet, une baisse particulièrement marquée du nombre de découvertes de séropositivité en Ile-de-France peut être notée parmi les personnes étrangères contaminées par voie hétérosexuelle (cela, depuis fin 2003) et, dans une moindre mesure, parmi les personnes françaises contaminées par voie hétérosexuelle (depuis fin 2005). La diminution du nombre de découvertes de séropositivité parmi les étrangers a touché toutes les nationalités. Ce résultat constitue un signe positif, dans l'hypothèse, très probable, d'une absence de diminution du recours au dépistage dans ces populations. En revanche, chez les hommes contaminés par voie homosexuelle (de nationalité française ou non) le nombre de découvertes de séropositivité est resté quasiment stable entre 2003 et 2006 et le recul lors du dernier trimestre 2006 ne permet pas de conclure à une baisse, compte tenu des délais de déclaration. Au total, compte tenu de ces évolutions, la proportion de découvertes de séropositivité en Ile-de-France parmi des hommes contaminés par voie homosexuelle a progressé, passant de 22% des cas en 2003 à 34% en 2006. Inversement, la proportion de découvertes de séropositivité parmi des personnes contaminées par

Graph. 3 - Evolution en Ile-de-France par trimestre (2003-2006) du nombre de nouveaux diagnostics de séropositivité par groupe de transmission



Source : InVS, déclarations des cas de séropositivité au 31/12/2006, exploitation ORS Ile-de-France

voie hétérosexuelle a diminué passant de 75% en 2003 à 64% en 2006, diminuant aussi la part des femmes (de 45% à 38%). Parmi les nouveaux diagnostics de séropositivité, 23% en Ile-de-France concernent des contaminations récentes, c'est-à-dire datant de moins de six mois. Cette proportion est bien plus élevée chez les hommes contaminés par voie homosexuelle (48%) que parmi les personnes contaminées par voie hétérosexuelle (14%, 27% parmi les Français et 10% parmi les étrangers) ou parmi les usagers de drogues utilisant la voie injectable (15%), montrant un recours au dépistage différencié selon les groupes mais aussi des dynamiques épidémiques différentes.

Les comportements préventifs face au VIH/sida : tendance à la hausse des prises de risque

Accroissement des prises de risques chez les homosexuels masculins, notamment parmi les séropositifs

Les résultats des différentes vagues d'enquêtes Presse Gay (lecteurs de la presse gay^[2]) ou Baromètre Gay (hommes fréquentant les lieux de rencontres gays^[3]) montrent un accroissement des prises de risque au cours de ces dernières années, notamment parmi les séropositifs. Dans l'enquête Presse Gay (InVS), la proportion d'hommes ayant déclaré au moins une pénétration anale non protégée (PANP) au cours des douze mois précédant l'enquête avec un partenaire occasionnel est passée de 20% des répondants franciliens en 1997 à 28% en 2000 puis 33% en 2004^[1] et les répondants séropositifs sont les plus nombreux à déclarer des PANP : 31% en 1997, 49% en 2000 et 54% en 2004^[1].

Les données du Baromètre Gay (InVS) montrent des tendances assez proches. En 2005, parmi les hommes ayant déclaré au moins une pénétration anale avec un partenaire occasionnel dans l'année, 26% des répondants séronégatifs et 63% de ceux séropositifs ont indiqué avoir eu au moins une PANP, pratique plus fréquente notamment chez les plus jeunes et chez les moins scolarisés. La comparaison des données des trois Baromètres Gay dans les lieux parisiens présents en 2000, 2002 et 2005 montre qu'après une augmentation importante des PANP entre 2000 et 2002 (33% vs 37%) une stabilisation (certes à un niveau élevé) peut être notée en 2005 (36%). Des différences selon le statut sérologique des

répondants peuvent être observées : alors que les comportements à risque se stabilisent pour les répondants séronégatifs ou « séro-interrogatifs », la proportion de PANP parmi les séropositifs continue d'augmenter (55%, 58% et 63%) témoignant de la poursuite de pratiques à risque parmi cette population^[1].

Les données de surveillance des infections sexuellement transmissibles (IST) montrent qu'une part importante des cas de syphilis concernent des hommes séropositifs ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, attestant de ces prises de risque^[4]. Ainsi, parmi les personnes diagnostiquées avec une syphilis qui connaissaient leur statut sérologique VIH au moment du diagnostic, 46% étaient séropositives. Cette proportion était de 52% parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et de 14% parmi les hommes et les femmes hétérosexuels. Des tendances comparables sont retrouvées pour la lymphogranulomatose vénérienne rectale (LGV), quasiment exclusivement diagnostiquée à Paris chez des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, avec une proportion de séropositifs de 79% parmi ceux qui connaissaient leur sérologie. Or, les données récentes sur les IST^[1] montrent une hausse de 42% du nombre de nouveaux cas de syphilis en Ile-de-France entre 2005 et 2006, alors qu'une baisse était observée depuis 2003. Pour la LGV, la région enregistre une nouvelle hausse du nombre de diagnostics entre 2005 et 2006 (+23%) après une phase de stabilité entre 2004 et 2005.

Chez les multipartenaires hétérosexuels, le recul de l'usage du préservatif en 2001 s'est maintenu en 2004

Les enquêtes sur les connaissances et comportements face au VIH/sida conduites en France métropolitaine à intervalles réguliers depuis 1992^[5] apporte des précisions sur les comportements des personnes ayant déclaré avoir eu plusieurs partenaires dans l'année (être multipartenaires). Parmi les multipartenaires hétérosexuels interrogés en Ile-de-France, 78% des hommes et 83% des femmes en 2004 ont indiqué avoir utilisé au moins une fois des préservatifs dans l'année. Si chez les femmes, cette proportion est relativement stable au cours des différentes vagues d'enquête, chez les hommes, en revanche, après une hausse importante entre 1992 et 1998, l'usage du préservatif a nettement reculé entre 1998 et 2001 (-18%) et ce recul s'est maintenu en 2004, retrouvant le niveau observé au début des années 90.

Les données nationales de l'enquête VESPA sur les conditions de vie des personnes séropositives montrent aussi que, parmi les personnes hétérosexuelles, les prises de risque sont loin d'être rares : la proportion de personnes séropositives déclarant avoir eu, au moins une fois dans les douze derniers mois, des rapports sexuels non protégés avec leur partenaire principal(e) non séropositif/ve est de 26% chez les hommes et de 33% chez les femmes^[6], soit des proportions près de deux fois supérieures à celles déclarées, dans la même enquête, par les hommes séropositifs homo/bisexuels avec leur partenaire régulier non séropositif (16%)^[7].

L'usage du préservatif lors du premier rapport sexuel a progressé parmi les Africains vivant en Ile-de-France

Les données de l'enquête sur les connaissances et comportements face au VIH/sida conduite en 2005 auprès des populations africaines vivant en Ile-de-France^[8] montrent que l'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel, très prédictive de l'utilisation ultérieure au cours de la vie, a nettement progressé parmi ces populations. Ainsi, alors que les répondants qui ont eu leur premier rapport sexuel avant 1988 étaient environ 10% à avoir utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel, ils sont désormais plus de 50% dans ce cas parmi ceux ayant eu récemment leur premier rapport sexuel (2000-2005). Malgré cette hausse de l'usage du préservatif, celui-ci est à un niveau bien moindre que celui observé dans la population générale francilienne où la protection lors du premier rapport sexuel est déclarée par 94% des hommes et 70% des femmes ayant eu leur premier rapport sexuel entre 2001 et 2004^[5]. Globalement, les migrants africains qui ont eu leur premier rapport sexuel après leur arrivée en France ont eu leur premier rapport à un âge plus tardif et sont plus nombreux à avoir utilisé un préservatif lors de ce premier rapport que ceux qui l'ont eu avant leur arrivée en France, montrant un « processus de convergence des comportements des immigrés vers les comportements de la société d'accueil »^[8]. Les écarts de comportements entre les migrants ayant eu leur premier rapport sexuel avant ou après leur arrivée en France tendent néanmoins à se réduire.

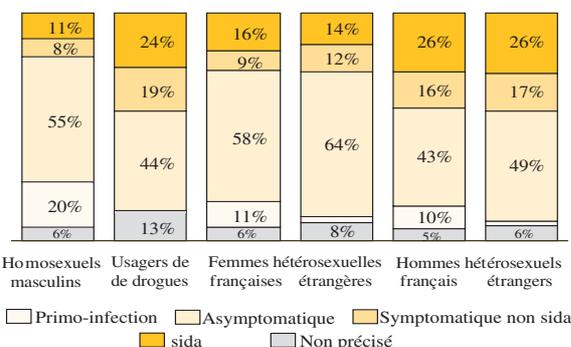
Un retard au dépistage et à la prise en charge fréquent chez les hommes contaminés par voie hétérosexuelle

Le retard au diagnostic et à la mise sous traitements antirétroviraux constituent des facteurs qui grèvent nettement le pronostic des personnes touchées par le VIH/sida. En effet, les personnes prises en charge tardivement (définies dans les données hospitalières comme ayant un taux de lymphocytes CD4 < 200/mm³ ou au stade sida lors du premier recours à l'hôpital) ont un risque relatif près de treize fois plus élevé que les personnes non prises en charge tardivement de décéder au cours des six mois qui suivent l'inclusion dans la file active hospitalière^[9]. Or, chaque année, en Ile-de-France comme dans le reste du territoire, parmi les patients infectés par le VIH nouvellement inclus dans la file active hospitalière, environ 35% sont à un stade avancé de l'infection^[10].

L'analyse des déclarations obligatoires des cas de séropositivité et de sida montre que ces personnes découvrant tardivement leur séropositivité présentent certaines caractéristiques. Elles sont plus fréquemment contaminées par voie hétérosexuelle et de nationalité étrangère. Ainsi, parmi les personnes diagnostiquées au stade sida depuis 2000 en Ile-de-France, la proportion de celles qui ignoraient leur séropositivité au moment de ce diagnostic, et qui n'ont donc pas pu bénéficier de traitements, est plus élevée parmi les personnes contaminées par voie hétérosexuelle (61% versus 38% chez les autres) et parmi les personnes de nationalité étrangère (62% versus 40% chez les personnes de nationalité française). Si, parmi les personnes contaminées par voie hétérosexuelle, les étrangers sont plus nombreux à avoir découvert leur séropositivité au moment du diagnostic sida (64% versus 53% chez les Français), dans la population masculine, les écarts entre Français et étrangers sont peu importants (respectivement 63% et 69%), du fait d'un dépistage

qui apparaît particulièrement tardif chez les hommes français contaminés par voie hétérosexuelle comparés aux hommes français non contaminés par voie hétérosexuelle (63% versus 35%). Ce recours tardif au dépistage chez les hommes contaminés par voie hétérosexuelle, qu'ils soient Français ou étrangers, est également observé parmi les découvertes de séropositivité sur dix chez des hommes (Français ou non) contaminés par voie hétérosexuelle sont à un stade déjà avancé de l'infection, soit au stade sida (26% des cas) soit à un stade symptomatique non sida (17% des cas). Ce résultat est supérieur à ce qui est observé chez les hommes contaminés par

Graph. 4 - Stade clinique au moment de la découverte de la séropositivité selon le groupe de transmission - Découvertes de séropositivité 2003-2006 en Ile-de-France



Source : InVS, déclarations des cas de séropositivité au 31/12/2006, exploitation ORS Ile-de-France

voie homosexuelle et, dans une moindre mesure, chez les femmes contaminées par voie hétérosexuelle.

Et les analyses conduites à partir de l'enquête VESPA permettent d'étayer ces données en distinguant deux populations chez lesquelles le dépistage apparaît tardif^[11] : d'une part, des migrants, principalement originaires d'Afrique subsaharienne qui sont très majoritairement dépistés après leur arrivée en France (souvent dans l'année suivant l'arrivée^[12]) ; d'autre part, des personnes qui, en métropole, ne constituent pas des cibles prioritaires pour le VH/sida (hommes hétérosexuels, plus âgés, en couple stable depuis longtemps, ayant des enfants, etc.) décrites comme à faible risque d'infection à VIH mais à fort risque de dépistage tardif (« *people at low risk of HIV infection being at high risk of late detection* »)^[13].

Si le dépistage intervient tardivement chez certaines populations, les déclarations des cas de sida montrent aussi que parmi les personnes qui connaissaient déjà leur séropositivité, environ la

moitié n'ont pas bénéficié de traitement avant le diagnostic sida. En Ile-de-France, ce retard à l'accès aux soins ne diffère pas selon le mode de transmission mais est, en revanche, plus fréquemment retrouvé parmi les hommes étrangers (59% n'ont pas bénéficié de traitement contre 49% des hommes français), que ce soit chez ceux contaminés par voie homosexuelle (respectivement 56% et 49%) ou hétérosexuelle (62% et 43%). Les femmes qui connaissaient leur séropositivité avant le stade sida, qu'elles soient Françaises ou étrangères, ont bénéficié des traitements dans des proportions comparables (53% et 49%, écart non significatif).

Au total, l'accès tardif à une prise en charge médicale d'une part importante de patients inclus dans la file active hospitalière s'explique par un retard au dépistage (délai élevé entre la contamination et le dépistage) ainsi que, dans une moindre mesure, par un retard au recours au système de soins chez certaines personnes se sachant séropositives (délai élevé entre le dépistage et la première prise en charge médicale).

Traitements, observance et succès thérapeutique : des évolutions majeures au cours des dix dernières années

Un niveau requis d'observance extrêmement élevé

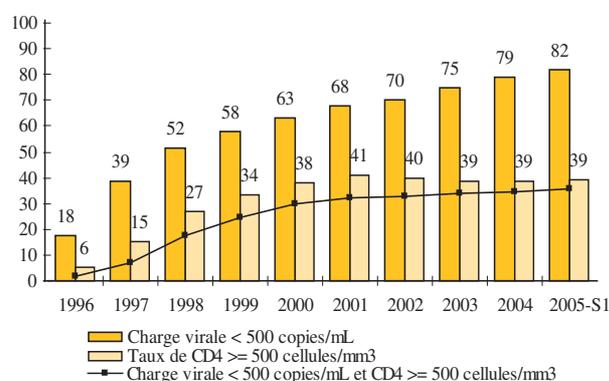
L'observance aux traitements constitue une condition essentielle pour favoriser le succès thérapeutique et réduire les risques de morbidité et de mortalité chez les patients infectés par le VIH^[9]. Néanmoins, pour le VIH, le niveau d'observance requis apparaît particulièrement élevé puisque l'efficacité thérapeutique nécessite une observance supérieure à 95%. Le risque de répllication virale (et donc d'échec virologique) augmente extrêmement rapidement si l'observance diminue : avec une observance supérieure ou égale à 95%, on compte 22% d'échec virologique, quand l'observance est comprise entre 80% et 95%, l'échec virologique est alors de 61% et enfin lorsque l'observance est inférieure à 80%, on compte 80% d'échec virologique^[14]. L'observance constitue donc bien un enjeu majeur pour les patients sous traitement. Les études portant sur l'observance ont pu mettre en évidence des facteurs associés à la non-observance, liés à la fois aux contraintes et aux effets indésirables des traitements, au rapport à la santé et au système de soins, à l'environnement social et à la vulnérabilité de la personne. Ces facteurs ne peuvent être considérés comme prédictifs, l'observance apparaît en effet comme un processus fluctuant dans le temps. La cohorte nationale Aproco/Copilote a montré une variation de l'observance dans le temps : après vingt mois de suivi, 31% des patients restent très observants, 52% ont par moments une observance élevée et 17% n'ont à aucun moment une observance élevée^[9]. L'observance est fortement corrélée aux conditions de vie des personnes touchées et le cumul des situations de précarité (logement, travail, faibles revenus) et de vulnérabilité (alcoolisme, toxicomanie, dépression, etc.) en constitue un obstacle.

Traitements et succès thérapeutiques

Parmi les patients infectés par le VIH suivis dans la file active hospitalière en Ile-de-France^[10], 12% n'ont jamais été traités, 7% sont non traités mais ont des antécédents de traitements, 75% bénéficient d'un traitement HAART* et 6% d'un traitement non HAART (données 2005 au 1er semestre). Parmi les patients franciliens traités depuis au moins six mois, 82% avaient une charge virale inférieure à 500 copies/mL et 39% avaient un taux de

lymphocytes CD4 supérieur ou égal à 500 cellules/mm³ (36% des patients remplissaient les deux conditions)^[15]. Les données d'évolution (1996-2005, Graph. 5) montrent que la proportion de patients traités avec une charge virale indétectable ou un taux de lymphocytes CD4 n'indiquant pas une immunodépression a nettement progressé depuis 1996, attestant d'une amélioration importante de l'efficacité des traitements et donc de la qualité de vie des personnes infectées. Au total, la proportion de patients en succès immunovirologique (ayant une charge virale indétectable et n'étant pas immunodéprimés) a augmenté : de moins de 2% en 1996 à 30% en 2000 puis 36% en 2005. Néanmoins, l'absence de progression depuis 2000 de la proportion de patients en succès immunologique (environ 40% des patients) ternit quelque peu ces résultats. Ceci est d'autant plus dommageable que des études ont montré que la survie des patients traités, avec un taux de CD4 supérieur ou égal à 500 cellules/mm³ était comparable à celle de la population générale^[9].

Graph. 5 - Evolution du pourcentage de patients franciliens infectés par le VIH suivis à l'hôpital et traités depuis au moins six mois ayant une charge virale < 500 copies/mL et/ou un taux de lymphocytes CD4 >= 500 cellules/mm³^[15]



Source : Inserm, Retour d'Informations Clinico-Epidémiologiques, Centres Ile-de-France, Base FHDH, janvier 2007^[10]

* Highly active antiretroviral therapy

Diminution importante du nombre de nouveaux cas de sida depuis l'arrivée des multithérapies

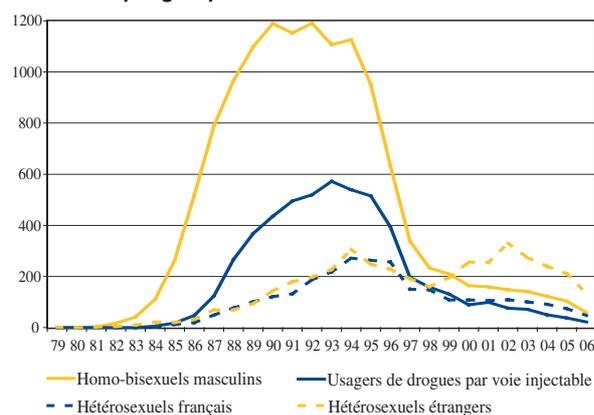
Le nombre de personnes déclarant un sida a nettement diminué depuis l'introduction des multithérapies antirétrovirales en 1996 qui, précisément, freinent la progression de l'infection vers le sida. En Ile-de-France, alors que de 1990 à 1995, plus de 2 000 personnes étaient chaque année diagnostiquées au stade sida, ce nombre est désormais aux environs de 600 : 651 nouveaux cas de sida en 2003, 574 en 2004, 490 en 2005 et 301 en 2006 (les chiffres pour les deux dernières années sont encore provisoires, du fait des délais de déclaration). Ce nombre annuel de nouveaux cas de sida a diminué quel que soit le groupe de transmission (Graph. 6) : depuis 1994 chez les usagers de drogues contaminés par voie intraveineuse, depuis 1995 pour les hommes contaminés par voie homosexuelle, depuis 1997 chez les personnes de nationalité française contaminées par voie hétérosexuelle et depuis 2004 chez les personnes étrangères contaminées par voie hétérosexuelle. Malgré la baisse du nombre de nouveaux cas, la région Ile-de-France reste encore nettement touchée : rapporté à la population, le nombre annuel de nouveaux cas de sida (moyenne 2000-2006) est de 5,2 cas pour 100 000 habitants en Ile-de-France (10,9 à Paris, 5,5 en proche couronne et 2,5 pour 100 000 habitants en grande couronne) contre 1,2 pour 100 000 en province.

En Ile-de-France, les pathologies inaugurales du sida les plus fréquentes sont la pneumocystose (21% des cas de sida enregistrés de 2000 à 2006), la tuberculose (14% des cas), la candidose oesophagienne (13% des cas) et le sarcome de Kaposi (9% des cas). Si on se réfère aux cas diagnostiqués depuis 2000, les pathologies inaugurales diffèrent selon le mode de transmission (notamment davantage de tuberculose parmi les personnes contaminées par voie hétérosexuelle, davantage de Kaposi chez les hommes contaminés par voie homosexuelle), selon la nationalité (notamment davantage de tuberculose parmi les personnes étrangères, davantage de pneumocystose et de Kaposi

chez les personnes de nationalité française). Compte tenu de l'évolution de l'épidémie en Ile-de-France (hausse de la proportion de cas chez des personnes contaminées par voie hétérosexuelle, hausse de la proportion de personnes étrangères), la répartition des maladies inaugurales ont quelque peu évolué dans le temps : la proportion de cas de sida dont la pathologie classante est la tuberculose a progressé (de 4% des cas 1990-1995 à 14% depuis 2000) et à l'inverse, celle dont la pathologie classante est le sarcome de Kaposi a diminué (de 26% des cas avant 1990 à 9% depuis 2000).

Néanmoins, la morbidité des personnes infectées par le VIH est actuellement relativement diversifiée et désormais essentiellement constituée d'événements non classants sida survenant chez des personnes peu ou pas immunodéprimées^[9].

Graph. 6 - Evolution en Ile-de-France du nombre de nouveaux cas de sida par groupe de transmission



Source : InVS, déclarations des cas de sida au 31/12/2006, exploitation ORS Ile-de-France

Baisse de la mortalité liée au VIH/sida et évolution des causes de décès chez les personnes touchées par le VIH/sida

Baisse de la mortalité liée au VIH/sida

Différentes sources de données permettent d'obtenir des informations sur la mortalité des personnes touchées par le VIH/sida : les déclarations obligatoires des cas de sida qui informent sur le statut vital des personnes diagnostiquées au stade sida et sur l'année du décès (personnes au stade sida), les décès enregistrés dans la base de données hospitalières sur l'infection à VIH (FHDH^[10]) (personnes séropositives ou au stade sida prises en charge à l'hôpital), les données issues du centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc^[16]) comptabilisant les décès liés au sida et aux maladies à VIH (cause principale) et les données d'enquêtes conduites sur la mortalité des personnes infectées par le VIH (notamment enquêtes Mortalité 2000 et 2005^[17], étude 1994-2001 sur la survie des patients atteints de sida diagnostiqués dans les hôpitaux parisiens^[18]).

Depuis le début de l'épidémie jusqu'au 31 décembre 2006, 27 979

personnes ont été diagnostiquées au stade sida en Ile-de-France et 58% d'entre elles sont décédées. Plus le diagnostic est récent, plus la proportion de personnes décédées est faible, rendant compte des progrès thérapeutiques réalisés, en particulier de l'arrivée des antiprotéases en 1996 : en Ile-de-France, 84% des personnes diagnostiquées avant 1990 sont décédées alors que cette proportion est de 27% parmi celles diagnostiquées entre 1996 et 1999 et de 14% parmi celles diagnostiquées depuis 2000.

Dans une étude conduite dans les hôpitaux parisiens^[18], la comparaison de la survie des patients ayant eu un diagnostic sida avant la période HAART* (1994 à juin 1996) et pendant la période HAART (juillet 1996-2001), montre que la probabilité de survie à cinq ans est passée de 44% chez les patients diagnostiqués avant la période HAART à 76% chez ceux diagnostiqués pendant la période HAART. Chez les patients diagnostiqués au stade sida pendant la période HAART, les facteurs associés à un moins bon

* Highly active antiretroviral therapy

pronostic vital étaient : l'âge élevé des patients, la contamination par usage de drogues injectées (probablement liée à la fréquente coinfection par les hépatites B et C), le faible nombre de lymphocytes CD4, la prise d'un traitement antirétroviral avant le stade sida (les patients ayant développé un sida sous traitement étant en échec thérapeutique au moment du diagnostic de sida) et certaines pathologies inaugurales (la leucoencéphalite multifocale progressive, le lymphome et l'infection à mycobactérie atypique). Malgré les multithérapies antirétrovirales, chaque année en Ile-de-France, 300 à 400 personnes (environ un tiers de femmes et deux tiers d'hommes) décèdent d'une pathologie causée par le VIH/sida, ce chiffre était d'environ 2 000 décès chaque année entre 1993 et 1995 (Graph. 7).

Les taux standardisés de mortalité liée au VIH/sida^[19] montrent que chez les hommes comme chez les femmes, la région Ile-de-France est particulièrement touchée par l'épidémie, avec un taux de mortalité environ deux fois supérieur à celui de la moyenne métropolitaine : en 2002, 4,6 décès liés au VIH/sida pour 100 000 hommes en Ile-de-France contre 2,5 en moyenne métropolitaine, chez les femmes, respectivement 1,4 et 0,7. Ces taux ont nettement diminué, puisqu'en 1993, en Ile-de-France, ils étaient de 30,3 pour 100 000 personnes dans la population masculine et de 5,2 pour 100 000 dans la population féminine.

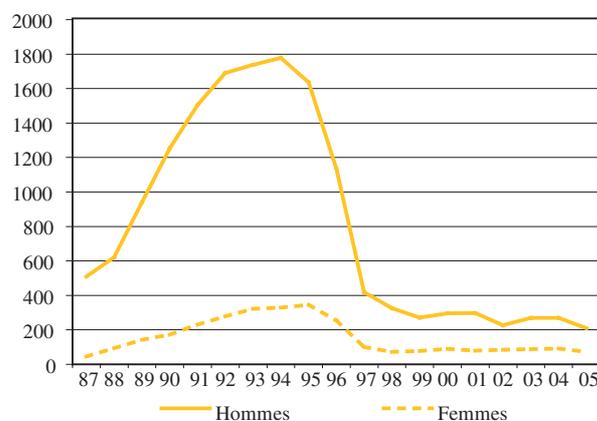
Evolution majeure des causes de décès chez les personnes touchées par le VIH/sida

Les données de la base hospitalière française sur l'infection à VIH^[10] permettent d'apporter des précisions sur l'évolution de la mortalité des personnes contaminées suivies en milieu hospitalier. L'incidence des décès pour 1000 patients-années à risque a nettement diminué : chez les patients franciliens, cette incidence de la mortalité est passée de 136 décès pour 1000 patients en 1992 à 11 pour 1000 en 2005 (premier semestre). Mais au-delà de ce résultat, les données montrent que, chez les personnes prises en charge à l'hôpital pour une infection à VIH, la mortalité est de moins en moins causée par le VIH/sida (Graph. 8), même si elle reste supérieure à celle de la population générale.

En 1993, par exemple, les décès causés par le sida représentaient la grande majorité (68%) des décès des patients (incidences de 86 décès causés par le sida pour 1000 patients et de 40 décès non causés par le sida pour 1000). Depuis 2000, seul un tiers des décès des patients sont causés par le sida (Graph. 8).

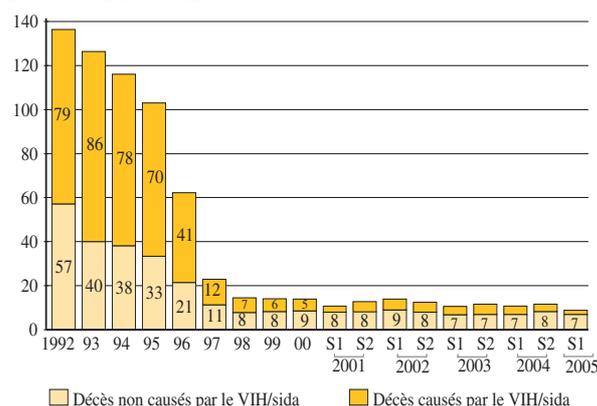
L'enquête nationale conduite en 2000 puis 2005 sur les causes de décès des adultes infectés par le VIH^[17] montre que le sida reste néanmoins la première cause de mortalité chez les personnes infectées par le VIH, avec une part prépondérante des lymphomes malins non-hodgkiniens. Dans l'enquête de 2005, 37% des décès des adultes infectés par le VIH étaient causés par le sida (47% en 2000), 17% par des cancers non classant sida ou non liés aux hépatites (11% en 2000), 13% par une hépatite B ou C (11% en 2000), 9% par une atteinte cardiovasculaire (7% en 2000) et 5% par un suicide (4% en 2000). L'évolution des causes de mortalité chez les personnes touchées par le VIH/sida peut notamment s'expliquer par le vieillissement des patients suivis (en 2002, 51% des patients franciliens suivis à l'hôpital étaient âgés de 40 ans et plus, ils étaient 60% dans ce cas en 2005^[10]), par les effets secondaires des traitements (entraînant notamment des anomalies du métabolisme lipidique et de la répartition des graisses, des

Graph. 7 - Evolution en Ile-de-France du nombre décès liés au sida et aux maladies à VIH chez les hommes et les femmes



Source : CépiDc, 1987-2005^[16]

Graph. 8 - Evolution en Ile-de-France de l'incidence des décès (causés ou non causés par le VIH/sida) pour 1000 personnes-années à risque (PA) - Patients suivis à l'hôpital pour une infection à VIH/sida



Source : Inserm – Centres Ile-de-France – Janvier 2007^[10] - FHDH

risques cardiovasculaires, des complications hépatiques et osseuses, etc.^[9]) ainsi que par l'infection prolongée par le VIH (en 2002, 10% des patients suivis à l'hôpital en Ile-de-France connaissaient leur séropositivité depuis plus de 16 ans, ils étaient deux fois plus nombreux, 20%, dans ce cas en 2005^[10]).

Malgré la baisse très importante de la mortalité des personnes infectées par le VIH depuis la diffusion des multithérapies en 1996, celle-ci demeure plus importante que dans la population générale. Néanmoins, les patients ayant un taux de lymphocyte CD4 supérieur ou égal à 500 cellules/mm³ sous traitements antirétroviraux ont une mortalité comparable à celle de la population générale^[9].

Ces succès thérapeutiques ne doivent néanmoins pas faire oublier les conditions de vie souvent difficiles des personnes vivant avec le VIH et les bouleversements entraînés par la découverte de la séropositivité : solitude, discriminations liées au VIH, notamment dans l'emploi, précarité, dépression, effets secondaires parfois importantes des traitements, etc. L'amélioration de la qualité de vie des personnes touchées par le VIH constitue un enjeu majeur dans la lutte contre cette épidémie.

Nous remercions l'Institut de veille sanitaire, Unité VIH-IST-VHC, en particulier Caroline Semaille, Françoise Cazein, Anne Galay, Stéphane Le Vu et Annie Velter, pour les données transmises, dans le cadre de la surveillance du VIH/sida et des IST en Ile-de-France, ainsi que pour la collaboration apportée lors de la réalisation des bulletins de santé VIH/sida.

Références

- [1]. Données transmises par l'InVS, Unité VIH-IST-VHC, 2007.
- [2]. Velter A. (sous la direction de), Enquête Presse Gay 2004, Rapport InVS, juin 2007.
- [3]. Velter A., Bouyssou-Michel A., Pillonel J., Baromètre gay 2005 : enquête auprès des hommes fréquentant les lieux de rencontre gay franciliens, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 25, 2006, pp. 178-180.
- [4]. Gallay A., Herida M., Bouyssou-Michel A. et al., L'épidémiologie des infections sexuellement transmissibles (hors VIH) in Institut de veille sanitaire, Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France – 10 ans de surveillance, 1996-2006, 2007, pp. 66-79.
- [5]. Beltzer N., Lagarde M., Wu-Zhou X. et al. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en Ile-de-France, Evolutions 1992-1994-1998-2001-2004, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, novembre 2005.
- [6]. Bouhnik A.-D., Préau M., Lert F. et al., Unsafe sex in regular partnerships among heterosexual persons living with HIV: evidence from a large representative sample of individuals attending outpatients services in France (ANRS-EN12-VESPA Study), *AIDS*, Volume 21, Supplement 1, 2007, S57-S62.
- [7]. Bouhnik A.-D., Préau M., Schiltz M.-A. et al., Unprotected sex in regular partnerships among homosexual men living with HIV: a comparison between sero-nonconcordant and seroconcordant couples (ANRS-EN12-VESPA Study), *AIDS*, Volume 21, Supplement 1, 2007, S43-S48.
- [8]. Lydié N. (sous la direction de), Les populations africaines d'Ile-de-France face au VIH/sida, INPES, 2007.
- [9]. Yeni P. (sous la direction de), Prise en charge des personnes infectées par le VIH, Recommandations du groupe d'experts, Rapport 2006, Flammarion.
- [10]. INSERM, Retour d'Informations Clinico-Epidémiologiques (données de la base FHDH), n°14 - janvier 2007, données nationales et centres Ile-de-France.
- [11]. Delpierre C., Dray-Spira R., Cuzin L. et al., Correlates of late HIV diagnosis: implications for testing policy, *International Journal of STD & AIDS*, Volume 18, Number 5, 2007, pp. 312-317.
- [12]. Calvez M., Fierro F., Laporte A. et al., Le recours tardif aux soins des personnes séropositives pour le VIH - Modalités d'accès et contextes socioculturels, rapport InVS, 2006.
- [13]. Delpierre C., Cuzin L., Lert F., Routine testing to reduce late HIV diagnosis in France, *British Medical Journal*, Volume 334, juin 2007 pp. 1354-1356.
- [14]. Paterson D. L., Swindells S., Mohr J. et al., Adherence to Protease Inhibitor Therapy and Outcomes in Patients with HIV Infection, *Annals of Internal Medicine*, Volume 133, Issue 1, 2000, pp. 21-30.
- [15]. Chez les personnes traitées, deux indicateurs peuvent constituer des mesures de l'efficacité des traitements et de la progression de l'infection : la charge virale plasmatique (plus elle est élevée, plus l'infection a progressé) et les lymphocytes CD4 (plus le taux est faible, plus le système est immunodéprimé).
- [16]. CépiDc, site Internet <http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr/>
- [17]. Lewden C., May T., Rosenthal E. et al., Causes de décès en France en 2005 des adultes infectés par le VIH et évolution par rapport à 2000, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 48, 2006, pp. 379-382.
- [18]. Couzigou C., Pinget R., Le Strat Y. et al., Survie des patients atteints de sida diagnostiqués dans les hôpitaux parisiens : facteurs pronostiques et évolution 1994-2001, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 23, 2005, pp. 112-114.
- [19]. INSERM CépiDc, INSEE, exploitation Score santé, site Internet <http://www.fnors.org/Score/accueil.htm>