

## Suivi de l'infection à VIH/sida en Ile-de-France 1978-2008 : trente ans d'épidémie en Ile-de-France

A l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le sida, et comme chaque année depuis 1999, l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France réalise un état des lieux de l'épidémie de VIH/sida dans la région.

L'ORS a souhaité revenir sur ces trente années marquées par l'épidémie de VIH/sida dans la région (le premier cas de sida datant de 1978), en mettant l'accent sur les enjeux actuels. Dans une perspective évolutive, retraçant les faits marquants de ces trois décennies, nous abordons les caractéristiques de l'épidémie, la qualité de vie des personnes touchées par le VIH, les comportements de prévention, le dépistage du VIH et, enfin, les politiques publiques face à la prévention du sida. Cette dernière partie est réalisée par France Lert (directrice de recherche à l'Inserm, U687, Villejuif) à qui l'ORS a proposé d'être associée à ce numéro du Bulletin de santé. Responsable de la cellule d'appui scientifique à la Direction générale de la santé entre 2000 et 2003, elle a été au coeur des politiques publiques, notamment dans le domaine du VIH/sida.

Ce retour sur l'histoire de l'épidémie permet de noter que, rapidement, dès 1982, un dispositif de veille sanitaire a été mis en place, afin de comprendre l'épidémie et d'agir plus finement. Il est aussi apparu relativement tôt, dès 1985, que des recherches sur les connaissances, attitudes et comportements des populations face au VIH/sida devaient être conduites pour pouvoir cibler les actions de prévention et mieux définir leurs messages. Ces différentes sources de données montrent que l'arrivée des traitements antirétroviraux en 1996 a constitué un tournant majeur dans l'histoire de l'épidémie et surtout dans celle des personnes touchées. Elle leur a permis de vivre avec le VIH, et pour celles en succès immunologique, d'avoir une espérance de vie proche de celles des personnes non touchées. Pour autant, même si la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH s'est améliorée, les échecs thérapeutiques subsistent, les effets secondaires des traitements sont nombreux, des incertitudes demeurent sur leurs effets à long terme et les discriminations continuent de ponctuer le quotidien des personnes touchées. Les données montrent aussi les succès majeurs de la prévention et la prise en compte rapide du risque VIH, tant par la population générale que parmi les populations initialement les plus touchées (les homosexuels masculins et les usagers de drogues par voie injectable), même si quelques signes d'essoufflement se manifestent, en particulier chez les homosexuels masculins.

Néanmoins, trente ans après le début de l'épidémie, il apparaît nécessaire de relancer la réflexion et les actions, notamment sur les aspects de prévention : renouvellement de l'action publique face à la persistance des discriminations à l'égard des personnes vivant avec le VIH, renouvellement nécessaire de la réflexion et des politiques publiques sur les stratégies et les modalités de dépistage du VIH, nécessité d'évaluer, par des recherches, les stratégies de réduction des risques sexuels adoptées par les individus et sur la pertinence de leur traduction en termes de messages de prévention, innovations nécessaires en matière de prévention, en particulier chez les homosexuels masculins, pour ré-installer une norme préventive efficace face au VIH/sida. Les enjeux restent nombreux et la mobilisation des politiques publiques, des associations et des chercheurs nécessaire.

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

#### Un système de surveillance mis en place très tôt en France

Alors que les premiers cas de sida ont été décrits aux Etats-Unis en 1981 puis en France en 1982, la Direction générale de la santé met très tôt en place un réseau de surveillance du sida à partir de mars 1982. Par le décret du 10 juin 1986, le sida devient une des maladies à déclaration obligatoire et prend en compte rétrospectivement les cas survenus depuis 1978. Avec la généralisation des traitements antirétroviraux au cours de l'année 1996 qui retardent la progression de l'infection à VIH vers le stade sida, la notification des cas de sida ne rend plus compte de la dynamique de l'épidémie. Un décret du 6 mai 1999 rend alors obligatoire la déclaration de l'infection à VIH et, après plusieurs reports, le système est mis en place en France en mars 2003.

#### Une région très touchée par l'épidémie

L'Ile-de-France a toujours été une région particulièrement touchée par l'infection à VIH / sida. Elle l'a, d'une part, été très précocement, quatre des cinq premiers cas de sida survenus en 1978

en France étaient domiciliés dans la région francilienne. Elle concentre, d'autre part, la moitié des cas déclarés en France métropolitaine : 56% des 10 553 cas de sida en France métropolitaine avant 1990 étaient domiciliés en Ile-de-France, proportion qui a légèrement diminué par la suite, atteignant 49% des 9 375 personnes diagnostiquées depuis 2000 jusqu'au 31 décembre 2007. Sur la période 2003-2007, 54% des 18 365 personnes ayant reçu un diagnostic de séropositivité en France métropolitaine\* sont domiciliées en Ile-de-France.

Avec 28 553 personnes diagnostiquées au stade sida en Ile-de-France\*\* jusqu'au 31 décembre 2007, l'incidence cumulée depuis le début de l'épidémie s'élève en Ile-de-France à 261 cas pour 100 000 habitants, proportion la plus élevée de France après la Guyane et les Antilles (332 cas pour 100 000 habitants). L'incidence francilienne est 2,6 fois plus élevée que la moyenne de la France métropolitaine (100 cas pour 100 000 habitants). La situation est cependant contrastée au sein même de la région francilienne puisque deux départements ont des incidences

\* Données brutes, les données corrigées pour la France étant sous embargo au moment de la publication de ce Bulletin.

\*\* Données redressées en fonction du délai de déclaration.

cumulées qui tendent à rehausser la moyenne, Paris (638 cas pour 100 000 habitants\*) et la Seine-Saint-Denis (270\*), les deux départements ayant les incidences les plus faibles étant les Yvelines (96\*) et la Seine-et-Marne (100\*). Depuis la mise en place de la déclaration de la séropositivité, le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité est estimé jusqu'en décembre 2007 à 15 104 en Ile-de-France (données corrigées en fonction du délai de déclaration et de la sous-déclaration), soit 26 cas pour 100 000 habitants par an, proportion nettement supérieure à la moyenne nationale (6 cas pour 100 000 par an\*\*). Au sein de la région, les données de séropositivité confirment la forte incidence dans les départements de Paris et de Seine-Saint-Denis, respectivement estimées à 56 et 39 cas pour 100 000 habitants chaque année pour la période 2003-2006 (données corrigées du délai de déclaration et de la sous-déclaration), les deux départements les moins touchés étant les Yvelines et la Seine-et-Marne, avec des incidences respectives de 11 et 12 cas pour 100 000 habitants par an.

### D'une maladie mortelle à une maladie chronique

La généralisation des multithérapies a eu pour conséquence une très forte baisse de la mortalité. Les données de l'Inserm indiquent que le taux standardisé de mortalité liée au VIH/sida est passé, entre 1993 et 2003, de 30 à 4 décès pour 100 000 hommes et de 5 à 1 décès pour 100 000 femmes<sup>1</sup>. Dans une étude dans les hôpitaux parisiens<sup>2</sup>, la probabilité de survie à cinq ans des patients ayant eu un diagnostic sida pendant la période Haart\*\*\* (juillet 1996-2001) était de 76% contre 44% chez les patients diagnostiqués avant la période Haart (1994 à juin 1996). Progressivement, avec la baisse de la mortalité, l'infection à VIH devient une maladie chronique. Les causes de mortalité ont évolué, notamment en raison des complications liées aux traitements : depuis 2000, seul un tiers des décès des patients sont causés par le sida alors qu'ils représentaient 68% des décès en 1993<sup>3</sup>.

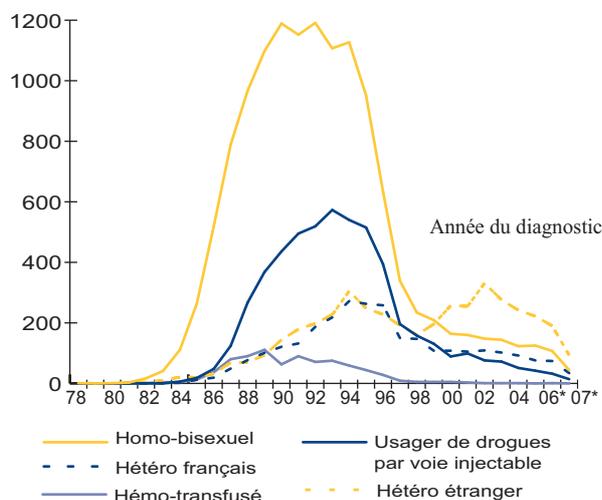
### Forte évolution dans les modes de transmission

Après une forte augmentation jusqu'en 1995, le nombre annuel de nouveaux cas de sida a commencé à diminuer, passant de plus de 2500 en 1994 en Ile-de-France à un peu plus de 200 en 2007. Cette diminution est observée dans tous les groupes de transmission, mais à des périodes différentes (graph.1) : à partir de 1990 pour les hémophiles-transfusés, de 1994 pour les usagers de drogue, de 1995 pour les homo-bisexuels, de 1997 pour les hétérosexuels français et de 2003 pour les hétérosexuels étrangers. Si la contamination homo-bisexuelle et par usage de drogue représentait respectivement 56% et 21% des nouveaux cas de sida avant 1995 pour lesquels le mode de contamination est connu, le nombre de nouveaux cas a fortement diminué dans ces populations, tandis qu'il a augmenté chez les hétérosexuels (38% des cas en 1996-99 et 62% en 2000-2007), en particulier chez les hétérosexuels étrangers (45% des nouveaux cas en 2000-2007). Ces différences révèlent des inégalités d'accès au dépistage et aux soins et souvent pour les étrangers, une arrivée en France à un stade avancé de l'infection.

### Augmentation de la proportion de femmes d'origine étrangère

Avec les modifications des caractéristiques des personnes touchées par le VIH, la proportion de femmes dans les nouveaux cas de sida a fortement augmenté, passant, en Ile-de-France, de

Graph. 1 - Evolution du nombre de nouveaux cas de sida selon les modes de contamination domiciliés en Ile-de-France



\* Données encore provisoires en fonction des délais de déclaration

Source : InVS, cas de sida au 31/12/2007, exploitation ORS Ile-de-France

11% avant 1990 à 21% entre 1996 et 1999 puis 32% en 2000-2007. Sur la période 2003-2007, les femmes représentent 42% des découvertes de séropositivité en Ile-de-France (tab.1). La proportion de personnes étrangères dans les diagnostics de sida a aussi fortement augmenté, passant chez les femmes en Ile-de-France, de 26% des cas avant 1990 à 58% en 2000-2007 et chez les hommes, de 16% à 43%. Sur la période 2003-2007, 81% des découvertes de séropositivité chez les femmes concernaient des personnes étrangères (tab.1) essentiellement originaires d'Afrique subsaharienne, proportion supérieure à la moyenne française (69%). La proportion est presque aussi élevée chez les hommes contaminés par voie hétérosexuelle, 75% et supérieure à la moyenne française (57%).

### Un vieillissement des personnes touchées

Le vieillissement de la population touchée par le VIH due à la baisse de la mortalité s'observe dans les diagnostics de sida et de séropositivité. Dans les déclarations de sida, la proportion de personnes de 35 ans et plus s'élève à 52% avant 1996, 66% sur la période 1996-99 et 71% en 2000-2007. Dans les déclarations de séropositivité, la proportion de personnes de 35 ans et plus a aussi légèrement augmenté, même s'il s'agit d'une période courte, passant de 50% à 55% entre 2003 et 2007. Ce vieillissement n'est pas constaté chez les homo-bisexuels dans les cas de séropositivité.

Tab.1 - Proportion de femmes et de personnes étrangères dans les découvertes de séropositivité en 2003-2007 (%)

	Ile-de-France	France métro
% de femmes	41,8	37,7
% d'étrangers		
chez les femmes	80,5	69,3
chez les hommes	47,5	31,5
chez les hommes hétérosexuels	74,6	56,6
Nombre de cas*	7 509	14 396

\* Pour lesquels le sexe et la nationalité sont connus.

Source : InVS, cas de séropositivité au 31/12/2007, exploitation ORS Ile-de-France

\* Données redressées en fonction du délai de déclaration.

\*\* Données brutes, les données corrigées pour la France étant sous embargo au moment de la publication de ce Bulletin.

\*\*\* Highly active antiretroviral therapy

## Qualité de vie des personnes touchées par le VIH/sida

Si les traitements ont amélioré la survie des personnes séropositives, comment a évolué leur qualité de vie ?

### Vivre avec des traitements

La grande majorité des patients infectés par le VIH suivis dans la file active hospitalière en Ile-de-France bénéficient de traitements contre le VIH (80%). Parmi eux, la proportion de personnes en succès immunovirologique\* a nettement progressé depuis 1996, passant de 2% en 1996 à 30% en 2000 puis 36% en 2005, ce qui montre l'amélioration de l'efficacité des traitements et donc la qualité de vie des personnes infectées<sup>4</sup>. Les données d'Aproco de patients séropositifs montrent un impact positif sur la qualité de vie après un an de multithérapie : d'après l'échelle qualité de vie SF-36, 45% des patients ont une bonne qualité de vie après un an de traitement contre 36% avant traitement<sup>5</sup>. L'amélioration de l'efficacité des traitements se conjugue toutefois avec la nécessité d'une observance très élevée (une observance inférieure à 95% augmente le risque d'échec virologique<sup>6</sup>) et l'existence d'effets secondaires parfois très lourds liés à la prise de traitements. Des enquêtes réalisées par l'association Aides en 1997<sup>7</sup> et en 2002<sup>8</sup> indiquent que plus de 80% des personnes en traitement déclarent avoir au moins un effet secondaire lié aux traitements et 4 personnes sur 10 les perçoivent de "assez" à "très" gênants<sup>8</sup>. La perception des effets secondaires est liée à l'efficacité des traitements, ainsi un niveau de CD4 faible\*\* est associé à des effets indésirables ressentis comme "très gênants" par le patient. Les effets secondaires fréquents sont notamment les troubles sexuels, qui varient de 25 à 71% des patients<sup>6</sup> et la lipodystrophie, qui a une forte répercussion sur la masse corporelle pour 17% des patients (cohorte Themis<sup>9</sup>). Malgré la diminution de la prévalence de la lipodystrophie du fait de l'utilisation de nouvelles molécules<sup>6</sup>, ce syndrome reste un problème actuel avec des retentissements sur la qualité de vie physique et mentale<sup>10</sup>.

### Une vulnérabilité psychique

Dans les données de l'enquête Vespa auprès de personnes séropositives<sup>10</sup>, la prévalence des tentatives de suicide est de 19% chez les hommes et 27% chez les femmes, proportions plus élevées qu'en population générale, 6% des hommes et 9% des femmes, ce qui témoigne d'une vulnérabilité des personnes atteintes face au suicide. Parmi les facteurs déterminants de la santé mentale, le ressenti de stigmatisation d'une séropositivité au VIH est particulièrement important<sup>10</sup>.

### Des discriminations encore très présentes

Si les enquêtes KABP réalisées en population générale ont mis en avant une plus grande acceptation des personnes séropositives, au début de l'épidémie<sup>11</sup>, elles montrent aussi que plus les circonstances impliquent un degré d'intimité élevé avec une personne séropositive, moins les répondants ont une attitude favorable et qu'il n'y a eu que peu d'évolution entre 1994 et 2004<sup>12</sup> : en Ile-de-France, 72% des personnes interrogées seraient prêtes à "laisser leurs enfants ou petits-enfants en compagnie d'une personne séropositive" et 56% refuserait "d'avoir des relations sexuelles avec une personne séropositive en utilisant un préservatif". Une enquête réalisée en 2005 auprès de personnes séropositives ayant appelé Sida Info Service<sup>13</sup>,

montre que 57% d'entre elles disent avoir été discriminées du fait de leur séropositivité, proportion qui passe à 81% lorsque sont explicités les différents domaines de discrimination (milieu médical, professionnel, assurances, amis, conjoint, etc.).

### Une sexualité bouleversée

Outre les troubles sexuels liés aux traitements, l'infection à VIH bouleverse le rapport à la sexualité, car c'est souvent ainsi que la contamination a eu lieu et parce qu'elle met la personne en situation où elle doit faire le choix de dire ou taire sa séropositivité. Par rapport à la population générale, les personnes séropositives sont plus nombreuses à ne pas avoir eu d'activité sexuelle au cours des douze derniers mois<sup>14</sup>. Les raisons évoquées sont entre autres la peur de contaminer l'autre (61% des personnes), la peur du rejet (39%), se sentir moins séduisant (34%) et se sentir isolé (28%).

### Un désir d'enfant devenu réalisable

Si au début de l'épidémie, peu d'attention était portée aux projets d'enfant du fait de la très forte mortalité des adultes et des enfants, la généralisation des traitements antirétroviraux a modifié les données. La transmission materno-foetale est passée du début de l'épidémie à nos jours de 20-30% à 1-2%<sup>15</sup>. Dans l'enquête Vespa<sup>16</sup>, 33% des femmes se déclarant hétérosexuelles sans antécédent de fertilité et en âge d'avoir des enfants ont rapporté le désir d'avoir des enfants. L'état de santé par rapport au VIH/sida ne semble pas associé au projet parental, par contre les couples sont plus susceptibles de s'engager dans un projet parental si au moins l'un des deux n'est pas infecté par le VIH.

### Des difficultés de maintenir un emploi

La difficulté à maintenir un emploi est soulignée dans les enquêtes depuis le début de l'épidémie. Dans une enquête auprès de personnes séropositives suivies à l'hôpital<sup>17</sup>, la proportion de celles ayant un emploi stable est passée, entre 1990 et 1996, de 45% à 37%. Chez les personnes fréquentant les services de Aides<sup>8</sup>, seules 27% déclarent travailler et près de 4 personnes sur 10 vivent avec moins de 610€ par mois. La moitié des personnes ne travaillant pas souhaite (re)travailler. Les personnes vivant avec le VIH ont un taux d'emploi de 27% inférieur à la population générale ne souffrant pas de handicap<sup>18</sup>. La proportion de personnes en invalidité augmente avec l'ancienneté du diagnostic : de 8% pour celles diagnostiquées depuis 2000 à 46% pour celles diagnostiquées avant 1987. Les conditions de vie matérielles peuvent s'avérer difficiles : 12% des hommes et 16% des femmes vivant dans un ménage affecté par le VIH contre 3% des hommes et des femmes vivant dans un ménage en population générale n'ont pas eu de repas complet au cours des quatre dernières semaines en raison de contraintes financières<sup>18</sup>.

Malgré les progrès thérapeutiques et l'amélioration très nette de la survie des patients, leur permettant de se projeter dans un futur, leur qualité de vie reste à un niveau inférieur à celle de la population générale<sup>5</sup> et cette maladie demeure problématique notamment en raison des comportements de stigmatisation qu'elle génère<sup>10</sup>. Les tendances communes évoquées ici ne signifient toutefois pas que les personnes touchées par l'infection à VIH/sida constituent un groupe homogène, il existe en effet de grandes disparités sociales entre ces populations.

\* Charge virale < 500 copies/ml et CD4 >=500 cellules/mm<sup>3</sup>

\*\* Plus le nombre de CD4 par ml de sang est élevé, moins le système immunitaire de la personne est atteint.

## Evolution des comportements de prévention face au VIH/sida

### L'émergence d'un nouveau risque dans la population

Au début des années quatre-vingt, aux Etats-Unis, plusieurs médecins observent une pathologie inédite, caractérisée par une diminution des défenses immunitaires chez des personnes ayant une pneumonie et se manifestant surtout chez des hommes jeunes ayant des pratiques homosexuelles. Le premier article sur cette "maladie nouvelle" est publié le 5 juin 1981 par les Centers for disease control (Etats-Unis). En France, c'est à partir de 1982 que les médias commencent à évoquer le "cancer des homosexuels". Les premières associations de lutte contre le sida sont créées, principalement par des personnes touchées, d'abord Vaincre le sida en 1983 puis Aides en 1984, devant, ce que Emmanuel Hirsh appelle, "l'indifférence chronique" des instances officielles en France<sup>19</sup>. Le premier document d'information sur le sida destiné à la population est, d'ailleurs, réalisé en 1985 par Aides, témoignant que la première réponse en matière de lutte contre le sida a été apportée par les associations. Ce n'est qu'en 1987, deux ans après la mise à disposition du test de dépistage du VIH, qu'une modification du code de la santé publique est adoptée autorisant la publicité, jusque-là interdite, sur les préservatifs ainsi que la vente libre des seringues dans les pharmacies. Cette même année, la première campagne de prévention du sida des pouvoirs publics est menée en France avec le spot télévisé "Le sida, il ne passera pas par moi". Mais, ce n'est qu'en 1988 que le gouvernement, en confiant à Claude Got la responsabilité d'une mission de réflexion sur le sida, prend véritablement acte de la gravité et de l'urgence de la situation. Le sida devient alors un problème de santé publique.

### Les homosexuels masculins : les premiers touchés

Les hommes contaminés par voie homosexuelle ont été les premiers touchés par l'épidémie. La mobilisation associative a été importante en France dans ce groupe et a favorisé une diffusion rapide des messages de prévention dès le début de l'épidémie, relayés par les médias puis les pouvoirs publics. Les enquêtes répétées, réalisées dès 1985, auprès de cette population (notamment Presse Gay et Baromètre Gay<sup>20</sup>), ont montré une adaptation rapide des homosexuels masculins face à l'épidémie. Dès 1985, des stratégies de réduction du nombre de partenaires et d'évitement de certaines pratiques sexuelles ou de certains lieux de rencontres sexuelles ont été adoptées, puis, l'usage du préservatif puis enfin, le recours, parfois répété, au dépistage du VIH<sup>21</sup>. Ces comportements préventifs se sont maintenus à des niveaux élevés, jusqu'au milieu des années 90, permettant probablement de faire reculer l'épidémie dès 1995 chez les homosexuels masculins. Mais la difficulté à maintenir sur le long terme des comportements préventifs, la réassurance entraînée par l'arrivée des antirétroviraux en 1996, le réinvestissement dans une sexualité moins contrainte ont conduit à ce que, à la fin des années 90, tous les indicateurs convergeaient pour indiquer un relâchement des comportements de prévention chez les homosexuels masculins. Ceci s'est rapidement traduit par une hausse des infections sexuellement transmissibles dans cette population (gonococcies dès 1998, syphilis en 2000, lymphogranulomatose vénérienne rectale en 2002). La norme préventive autour de l'usage du préservatif, qui prévalait massivement jusqu'à la fin des années 90 parmi les homosexuels masculins, semble avoir laissé place à une acceptation plus grande du risque, entraînant le développement de

stratégies préventives, dont l'efficacité n'est pas toujours attestée, reposant sur la réduction des risques sexuels, comme le sérochoix (sélection des partenaires selon le statut sérologique), la séroadaptation (adaptation des pratiques sexuelles selon le statut sérologique du partenaire<sup>22</sup>), le retrait, la prise en compte de la charge virale chez les séropositifs, le rôle "actif/passif" dans les rapports sexuels, etc. Un groupe de travail, mis en place par l'ANRS en 2008, est actuellement chargé de définir de nouveaux axes de recherches permettant de mieux comprendre les stratégies alternatives de prévention élaborées par les individus.

### Une vigilance à maintenir parmi les usagers de drogues

Au milieu des années 80, l'usage d'héroïne par voie injectable constituait, en France, la principale caractéristique des consommations de drogues des toxicomanes. Les pratiques de partage du matériel d'injection étaient très fréquentes, la vente de seringues sans prescription interdite, la prise en charge de la toxicomanie conditionnée par le sevrage. Dans ce contexte, les toxicomanes vont être lourdement frappés par le VIH : en 1988, la prévalence du VIH chez les toxicomanes était estimée à 40%<sup>23</sup>. Ce constat va conduire les autorités sanitaires à autoriser, en 1987, la vente sans prescription de seringues puis leur distribution dans les programmes d'échange de seringues à partir de 1993. Cet accès facilité au matériel d'injection va entraîner une baisse très significative des pratiques de partage parmi les usagers. Les études répétées menées par l'IREP ont montré que le partage des seringues était passé de 48% en 1988 à 33% en 1991 puis 13% en 1996<sup>23</sup>. Durant cette même période, la prévalence du VIH chez les usagers de drogues diminuait de moitié, passant à 20%. Les données plus récentes de l'enquête Coquelicot indiquent que la prévalence du VIH a continué de diminuer : en 2006, elle était de 11% et proche de zéro (0,3%) parmi les usagers de moins de 30 ans<sup>24</sup>. Les déclarations obligatoires du VIH montrent aussi que parmi les découvertes de séropositivité, la proportion d'usagers de drogues par voie intraveineuse est très faible (0,6% en Ile-de-France en 2007 -soit 6 cas sur les 929- parmi ceux dont le mode de transmission est connu), même si le dépistage apparaît tardif pour certains d'entre eux. La politique de réduction des risques a entraîné une baisse importante de l'usage d'héroïne en France, des pratiques d'injection, et, pour les usagers utilisant la voie injectable, des pratiques de partage de seringues. Cette politique a permis de limiter l'épidémie de VIH parmi les usagers de drogues. Il convient désormais de maintenir l'information sur le VIH, notamment auprès des nouveaux usagers de drogues injecteurs chez lesquels des pratiques à risque sont observées<sup>25</sup>. Cette politique n'a, en revanche, pas permis de faire baisser la prévalence extrêmement élevée de l'hépatite C chez les usagers de drogues, restée aux environs de 60% entre 1996 et 2006<sup>23,24</sup>, nécessitant de trouver d'autres voies, notamment celles favorisant les consommations dans des conditions ou des lieux facilitant la réduction des risques.

### Une adaptation rapide de la population générale

Les enquêtes sur les connaissances et comportements face au VIH/sida conduites en Ile-de-France, tous les trois ans environ depuis 1987, ont permis de montrer l'adaptation rapide de la population générale face au VIH/sida<sup>26</sup>. Dès 1987, 98% des Franciliens indiquaient que le VIH pouvaient se transmettre lors

de rapports sexuels, même s'ils étaient aussi 19% à penser qu'il se transmettait en buvant dans le verre d'une personne contaminée<sup>11</sup>. Les connaissances ont progressé au fil des années, et les attitudes discriminatoires à l'égard des personnes séropositives ont reculé, même si elles persistent.

Mais l'indicateur rendant le plus compte de cette adaptation est celui relatif à l'usage du préservatif lors du premier rapport sexuel. Alors que moins de 10% des individus ayant eu leur premier rapport sexuel avant 1985 avaient utilisé des préservatifs à cette occasion, la proportion est passée à un tiers chez ceux ayant eu leur premier rapport sexuel entre 1985 et 1989, puis à plus de 60% entre 1990 et 1994, pour atteindre désormais 80%<sup>12</sup>. L'usage du

préservatif lors du premier rapport sexuel s'est imposé comme une norme et les analyses issues des enquêtes<sup>26</sup> montrent que cet usage lors du premier rapport sexuel constitue un indicateur prédictif de son usage ultérieur. Néanmoins, les données récentes témoignent d'un certain essoufflement face à la prévention.

Si les populations ont progressivement adapté leurs comportements face au VIH/sida, les enquêtes montrent des inégalités majeures d'accès à la prévention. Les moins diplômés apparaissent ainsi les plus vulnérables à l'épidémie, du fait de connaissances sur le VIH plus faibles entraînant une moindre perception du risque et une moindre adaptation face à celui-ci.

## Le dépistage du VIH : choix politiques, recours et nouveaux enjeux

### Le dépistage du VIH : histoire et nouveaux enjeux

Le test de dépistage des anticorps anti-VIH a été mis sur le marché en janvier 1985. Jusqu'à cette date, seule la survenue de signes cliniques, déjà identifiés comme étant liés au sida, indiquait la contamination. L'arrivée de cet examen biologique constitue un moment crucial dans l'histoire de l'épidémie, rendant "objective une réalité invisible"<sup>27</sup>.

Le premier décret officiel portant sur le sida, adopté en 1985, concerne la décision de rendre obligatoire en France le dépistage des dons de sang. L'année 1987 est marquée, en France, par le premier grand débat public sur le sida et les moyens à mettre en oeuvre pour lutter contre l'épidémie. Le test est au coeur du débat opposant, sur les modalités, les partisans du dépistage obligatoire (ou obligatoire dans certaines circonstances) à ceux du dépistage volontaire et, sur la cible, les personnes favorables à un dépistage généralisé à celles adhérant au principe d'un dépistage ciblé en direction des populations les plus exposées. Les premières mesures prises par les pouvoirs publics indiquent que le choix du volontariat dans la démarche de dépistage a résolument été privilégié. Dès 1987, une circulaire de la Direction générale de la santé rappelle que la pratique du dépistage systématique auprès des malades hospitalisés "doit être rigoureusement exclue" et que le dépistage doit être conditionné par le "libre consentement" du patient qui aura préalablement été informé. Cette orientation donnée au dépistage est réaffirmée en 1988 lorsque, pour favoriser le dépistage volontaire, les pouvoirs publics décrètent la création, sur l'ensemble du territoire, de structures dans lesquelles les tests seront réalisés de façon anonyme et gratuite, les Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG). Enfin, en 1993, un décret indique que le test doit être systématiquement proposé par le médecin lors de l'examen prénuptial ou prénatal, sans caractère obligatoire.

Cette approche du dépistage basée sur le volontariat montre désormais ses limites. A l'ère des traitements Haart, 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. Celles prises en charge tardivement ont un risque relatif près de treize fois plus élevé de décéder au cours des six mois qui suivent l'inclusion dans la file active hospitalière<sup>6</sup>. Le Conseil national du sida, dans son rapport sur le dépistage<sup>28</sup> propose un "changement de paradigme du dépistage", notamment en élargissant la proposition de dépistage. La Haute autorité de santé qui vient de publier des recommandations sur les modalités de réalisation des tests<sup>29</sup> doit prochainement présenter ses

conclusions sur la pertinence d'une évolution des stratégies de dépistage en France. Quoi qu'il en soit, favoriser le dépistage parmi les populations qui y échappent actuellement ou qui y recourent trop tardivement constitue désormais l'enjeu central.

### Évolution de l'activité de dépistage en Ile-de-France

Les données relatives à l'activité de dépistage permettent d'estimer à 1 216 388 le nombre de sérologies VIH réalisées en 2007 en Ile-de-France dans les laboratoires biologiques (enquête LaboVIH, InVS), et à environ 100 000 celles dans les CDAG (InVS). Dans les CDAG franciliennes, le nombre de tests a régulièrement augmenté et la population des consultants s'est largement féminisée, avec un sex-ratio qui est passé de 4,8 en 1988 à 1,7 en 2006. Parallèlement à l'accroissement du nombre de tests, la proportion de sérologies positives a nettement diminué durant les dix premières années d'activité des CDAG (de 5,5 tests positifs pour 100 tests réalisés en 1988 en Ile-de-France à 0,6 en 1998). Cette baisse reflète surtout l'extension de la pratique du dépistage à des populations moins exposées que celles qui recouraient initialement au test. Une légère hausse de cette proportion a été notée entre 1999 et 2001 (jusqu'à 1% en 2001), faisant craindre une reprise de l'épidémie. Depuis, cette proportion a de nouveau diminué, puis semble se stabiliser, depuis 2005, aux environs de 0,7 sérologies positives pour 100 tests. L'enquête LaboVIH, conduite depuis 2001, montre aussi une tendance à la hausse du nombre de tests réalisés dans les laboratoires biologiques franciliens (+ 19% de tests réalisés entre 2001 et 2005) mais la proportion de sérologies positives est relativement stable, aux environs de 0,5 pour 100 tests.

Trois constats peuvent compléter ces données. D'une part, la proportion de tests positifs apparaît plus élevée dans les CDAG que dans les laboratoires biologiques, montrant que ces structures, qui réalisent en Ile-de-France 8% de l'activité de dépistage (mais 12% des sérologies positives), ciblent bien des populations plus exposées au VIH. D'autre part, que ce soit dans les laboratoires biologiques ou dans les CDAG, la proportion de tests positifs est, et a toujours été, plus élevée en Ile-de-France qu'en province indiquant que la région est fortement touchée par l'épidémie. Enfin, depuis environ deux ans, une légère baisse de l'activité de dépistage est notée en Ile-de-France (et une stabilité en province), inversant la tendance à la hausse jusqu'alors observée, que ce soit l'activité dans les laboratoires (baisse du nombre de tests en 2006 puis en 2007) ou celle dans les CDAG (baisse en 2005 puis en 2006, données encore incomplètes pour 2007). S'il est difficile

d'interpréter cette baisse, celle-ci pourrait constituer un signe inquiétant, dans un contexte général d'incitation au dépistage, à travers les campagnes de prévention.

### En 2007, un tiers des personnes qui ont découvert leur séropositivité étaient à un stade avancé de l'infection

Malgré une activité de dépistage élevée, chaque année, en Ile-de-France, comme dans le reste du territoire national, parmi les patients infectés par le VIH nouvellement inclus dans la file active hospitalière, environ 35% sont à un stade avancé de l'infection<sup>3</sup> et ont donc un pronostic moins favorable que les autres patients. L'analyse des déclarations obligatoires de séropositivité en Ile-de-France (2003-2007) montre que, parmi les cas pour lesquels le stade de l'infection est connu, un tiers des personnes ont découvert tardivement leur séropositivité, soit à un stade symptomatique non sida, soit déjà au stade sida. Cette proportion est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (35% vs 28%). Elle tend néanmoins à diminuer chez les hommes, et depuis la mise en place du dispositif de surveillance en 2003, elle est passée de 42% à 33% en 2007. Le dépistage intervient également nettement plus tardivement parmi les personnes contaminées par voie hétérosexuelle et chez celles contaminées par usage de drogues que parmi les hommes contaminés par voie homosexuelle (respectivement 34%, 49% et 20% de dépistage tardif).

En prenant les choses sous un autre angle, à partir des seuls cas de sida, on note des évolutions significatives, quant à l'accès au dépistage des Français et des populations étrangères vivant en France. Alors que chez les personnes contaminées par voie hétérosexuelle, les étrangers (principalement d'Afrique Sub-

**Tab. 2 - Pourcentage de personnes adultes domiciliées en Ile-de-France ignorant leur séropositivité au moment du diagnostic sida selon l'année de diagnostic et la nationalité**

	Nationalité française	Afrique subsaharienne
<i>Femmes contaminées par voie hétérosexuelle</i>		
1997-1999	36,1	55,2
2000-2002	37,9	64,7
2003-2005	41,7	55,7
2006-2007	41,3	49,2
<i>Hommes contaminés par voie hétérosexuelle</i>		
1996-1999	57,8	67,4
2000-2002	64,6	72,1
2003-2005	60,9	64,0
2006-2007	64,5	63,2

Source : InVS, cas de sida au 31/12/2007, exploitation ORS Ile-de-France

saharienne) étaient bien plus nombreux que les Français à être dépistés tardivement, les données récentes ne montrent plus d'écart entre Français et étrangers (tab. 2). En raisonnant, par exemple, chez les femmes infectées par voie hétérosexuelle, parmi celles diagnostiquées au stade sida entre 1997 et 1999, 36% de celles de nationalité française ignoraient leur séropositivité au moment du diagnostic contre 55% des femmes d'une nationalité d'Afrique subsaharienne. Pour les cas diagnostiqués entre 2006 et 2007, ces proportions sont passées à, respectivement, 41% et 49%.

Les programmes spécifiques d'incitation au dépistage, mis en place récemment en direction des migrants, en particulier dans le cadre du programme national 2004-2006 de lutte contre le VIH/sida en direction des étrangers/migrants vivant en France, peuvent contribuer à expliquer ces résultats encourageants.

## Evolution en France des politiques publiques face à la prévention du sida

La politique du sida, et particulièrement la prévention du sida, est depuis plus de vingt ans un enjeu politique. La question de la discrimination des malades et des "groupes à risque" apparue d'emblée au début de l'épidémie a amené les acteurs sociaux - autorités publiques, media, associations de patients, professionnels de santé - à définir la prévention du sida non seulement comme un ensemble d'actions destinées à équiper les individus face au risque d'être atteint mais comme un espace éthique. L'alliance inédite sur un enjeu de santé publique entre les acteurs sociaux, son positionnement dans l'espace politique, les formes administratives dérogatoires mises en place ont conduit à reconnaître un caractère d'exceptionnalité à la gestion politique du sida. Au fil des années, ces modalités ont évolué en lien avec une épidémiologie qui n'a pas montré, en France, l'extension redoutée à la population générale, avec la mise au point de traitements qui font de l'infection VIH une maladie chronique, ou encore avec les acquis de la politique du sida (la bonne réception dans la population générale des messages de prévention). De plus, de nouvelles urgences sanitaires (SRAS, "vache folle", grippe aviaire) ont fait reculer le sujet dans l'agenda politique.

### D'une gestion politique hors norme à la normalisation

Les associations formées pour soutenir les personnes frappées par le sida au début des années 80 ont été les premières à diffuser des messages de prévention relatifs à l'injection de drogues ou aux

pratiques homosexuelles. Après une première phase en prise directe avec le ministre de la santé, l'Etat s'est doté d'institutions spécifiques pour mener de front les trois axes de la lutte contre le sida, l'Agence nationale de recherches sur le sida (ANRS) pour coordonner la recherche, le Conseil national du sida (CNS) comme instance éthique et l'Agence française de lutte contre le sida (AFLS), pour impulser la prévention, pallier les lacunes de la santé publique et contourner les rigidités administratives. L'AFLS a inauguré le partenariat avec les associations représentant les malades et les groupes concernés avec des exigences de transparence et de participation qui seront consacrées par la loi de 2002 sur les droits des malades et la démocratie sanitaire. Il s'agissait à travers cette agence, en marge de l'administration, de proposer au grand public une communication à l'époque audacieuse et de s'adresser à des groupes alors inexistant dans l'espace public, les homosexuels masculins et les usagers de drogue. Plusieurs processus, bien décrits par G. Paicheler<sup>30</sup>, ont eu raison de cette gestion hors norme : l'alternance politique qui a pour traduction habituelle l'affirmation par les nouveaux décideurs d'approches en rupture avec leurs prédécesseurs, les tensions avec les associations qui affirmaient leur légitimité à intervenir en prévention au nom des groupes concernés, les conflits de territoire avec les autres services de l'Etat dans le champ de la santé publique. La réintégration dans le giron de l'administration s'est faite par étape - une "division" nombreuse au sein de la Direction générale de la santé à partir de 1994, puis

un simple bureau dont l'effectif a progressivement décliné - des lignes budgétaires dédiées d'un volume important qui ont diminué, et au niveau local, ne se distinguent plus dans les budgets décentralisés, tels qu'ils sont préparés par les programmes régionaux de santé publique issus de la loi de santé publique de 2004. Le renouvellement de la mobilisation associative, malgré un certain essoufflement, conserve au thème VIH/sida une acuité politique particulière qui mobilise la vigilance et l'engagement du politique et a, de facto, permis une continuité de la politique de prévention.

### De messages de prévention universels à des approches différenciées selon les populations les plus exposées

Dès les années 80, la prévention du sida a combiné un axe population générale et un axe populations très exposées, particulières ou à risque, au sens épidémiologique, terme longtemps récusé pour sa portée discriminatoire. Cette combinaison elle-même a été de façon plus ou moins explicite au centre des tensions avec les associations. Elle a aussi une portée plus technique : dans l'incertitude des contours et de la dynamique de l'épidémie, il fallait mobiliser la population générale pour l'alerter, l'informer, populariser le préservatif jusque-là confiné à des pratiques sexuelles dévalorisées, et en même temps s'adresser aux groupes les plus exposés, alors frappés de plein fouet. Le principe de l'universalité du risque (tous à risque, tous responsables de "ne pas laisser passer le sida") était affirmé avec une "déclinaison" en formes, supports et contenus adaptés aux modes de transmission du virus, aux pratiques et aux contextes de vie des groupes les plus exposés - homosexuels masculins, usagers de drogue, prostitués - auxquels s'ajoutait une longue liste hétéroclite : femmes, prisonniers, handicapés mentaux ou sensoriels, jeunes, etc. Progressivement, face à l'observation qui montrait clairement l'hétérogénéité de l'épidémiologie de l'infection VIH, cette ligne a été délaissée. Dans le programme couvrant la période 2002-2004, a été explicitement affirmée la complémentarité entre un dispositif de population générale (campagnes régulières, dispositif de dépistage, accessibilité du préservatif) et des approches différenciées (et non plus "déclinées") envers des populations prioritaires, hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, populations migrantes, population des Antilles et de la Guyane, situation de fortes vulnérabilités recouvrant le travail sexuel, la prison, l'échangisme, etc. Les objectifs comme les stratégies, les interventions ou les messages sont désormais fortement différenciés en s'attachant à préserver une cohérence d'ensemble.

Dans cette histoire, la prévention chez les usagers de drogue a un cheminement singulier. La prévalence d'emblée très élevée parmi les usagers de drogue a mis en évidence l'échec d'une politique fondée sur les interdits érigés pour empêcher la consommation de drogue (répression de l'usage, interdiction de la vente sans prescription des seringues) et sur le sevrage comme point de départ de la prise en charge des toxicomanes. Les quelques lignes du décret pris, en 1987, par Michèle Barzach, ministre de la santé, autorisant la vente des seringues sans ordonnance ont longtemps été la seule mesure concrète des pouvoirs publics, mesure immédiatement efficace, comme en témoigne l'évolution ultérieure de l'épidémiologie du VIH. Il a ensuite fallu attendre plusieurs années les autres mesures d'envergure en raison de la timidité des politiques et de la longue résistance des professionnels

de la toxicomanie. Une coalition de cliniciens du sida, de médecins généralistes, d'associatifs et d'humanitaires militait pour "limiter la casse", tout en lançant les premières expériences d'échange de seringues et de substitution à l'héroïne bricolée à base d'antalgiques opiacés. A partir de 1993, et surtout 1996, seringues, kits Stéribox®, bus d'échange de seringues, équipes de rue, "boutiques", méthadone, Subutex®, sont devenus les instruments d'un axe complémentaire de la politique de santé envers les usagers de drogue qui a fini par s'inscrire dans la loi de santé publique de 2004 signant le lent détachement de ce champ de la sphère du VIH/sida.

### De nouveaux enjeux pour la prévention

Prévenir la diffusion du sida, mettre à disposition de chacun les moyens de faire face implique d'agir sur la perception du risque, l'acceptation des moyens de protection, la capacité à les utiliser, l'implication personnelle. Cela suppose un contexte social favorable, préparé à la prévention, avec pour moyens, information, communication, éducation et accès effectif des moyens de prévention. La politique de prévention a utilisé de multiples agencements de ces moyens pour promouvoir les trois piliers de la prévention que sont le préservatif, le dépistage et l'acceptation de la séropositivité et des personnes atteintes. Le préservatif a été et reste l'objet central de la prévention de la transmission du VIH : changer son image, le rendre accessible, favoriser l'identification de chacun comme utilisateur potentiel en rendant visible la diversité des relations sexuelles, désamorcer les prétextes à s'en passer. Les débats sur la promotion du préservatif ont porté sur la signification du "tout préservatif". Seul moyen réellement efficace, à qui s'impose-t-il ? Certainement pas aux seuls séropositifs qui ne peuvent être assignés uniques responsables de la prévention. Mais s'impose-t-il toujours ? Les faits, c'est-à-dire les comportements, tels que les reflètent les enquêtes, indiquent que non. Les individus ont trouvé des ajustements, pas toujours efficaces sur la base du test négatif, d'une estimation des risques, et de contrat plus ou moins explicite entre partenaires. L'objectif de promotion du préservatif a été atteint en termes d'image, d'acceptabilité, de disponibilité mais son utilisation stagne, voire régresse chez les homosexuels. L'enjeu est désormais de trouver des méthodes complémentaires qui ne déstabilisent pas le consensus sur le préservatif mais font revenir à des pratiques préventives ceux qui en sont "fatigués" ou s'exonèrent de la responsabilité préventive.

La place du dépistage dans la prévention a connu des évolutions très importantes (cf. texte ci-dessus). Dès que des tests d'assez bonne qualité ont été disponibles, la question s'est posée de promouvoir la connaissance du statut sérologique. L'absence de traitement, le principe de l'universalité de la prévention, les propositions d'exclusion des séropositifs avancées par une petite minorité extrémiste ont renforcé le paradigme du libre dépistage, volontaire, pour soi seul, accompagné d'un conseil personnalisé et la mise à l'écart de toute notion d'obligation ou de dépistage de routine. Dès 1988, le maillage des CDAG offre la possibilité de se dépister sans formalité, gratuitement et anonymement. Cette offre gardera une place réduite (moins de 10% de l'ensemble des tests réalisés) utilisée par les jeunes et par les personnes ayant des comportements à risque, et donne corps au principe du test volontaire. Après 1996 et la découverte puis la confirmation de l'efficacité des traitements antirétroviraux, la promotion du test, mais toujours du test volontaire, se fait plus manifeste dans

l'information et la communication. Aujourd'hui avec les preuves accumulées du bénéfice individuel des traitements, les retards au diagnostic qui persistent sont vus comme une perte de chance pour la personne et un risque évitable du point de vue collectif. On s'interroge donc désormais sur une banalisation du test de dépistage en redonnant l'initiative au médecin et en le détachant de la notion de risque, sur l'utilisation des tests rapides, mais aussi sur des formes nouvelles, notamment chez les homosexuels masculins (démédicalisation, conseil abondant de façon explicite les pratiques sexuelles, dépistage des primo-infections, etc.).

Le troisième axe de la prévention a trait à la stigmatisation et aux discriminations. Sexe, homosexualité, drogue, mort annoncée donnaient prise aux attitudes sociales de rejet. L'engagement politique, sous la pression des associations, a été de les combattre, tant dans les arènes politiques que dans la société. La communication sous des formes diverses a cherché à interpeller ces attitudes et à promouvoir la solidarité envers les personnes atteintes. Parallèlement, toutes les campagnes sur le sida, comme les actions de proximité, ont été pensées pour éviter l'écueil de la

stigmatisation. L'image de l'homosexualité s'est considérablement transformée avec le combat politique encore inachevé contre l'homophobie et pour l'obtention de droits nouveaux. L'illégitimité des attitudes discriminatoires est reconnue dans l'espace public, l'opinion, saisie par les enquêtes, indique depuis plus d'une dizaine d'années un niveau élevé d'attitudes positives envers les personnes atteintes. Celles-ci continuent pourtant à faire l'expérience de formes souvent insidieuses de rejet, prouvant le besoin d'une actualisation mais aussi d'un renouvellement de cette dimension de l'action publique.

Les progrès continus de la recherche, tant thérapeutique qu'en prévention, témoignent qu'il y a encore des marges à conquérir pour alléger le poids de l'infection VIH sur les individus et les populations. La traduction rapide de ces progrès dans les politiques de santé publique est une exigence qui ne s'est pas relâchée et fait du champ de la prévention du sida un domaine particulièrement dynamique et sensible, et de ce fait encore marqué d'une certaine exceptionnalité.

**Nous tenons à remercier vivement France Lert (Inserm, U687, Villejuif) pour sa précieuse collaboration à ce Bulletin. Nous remercions l'unité VIH-IST-VHC de l'InVS pour les données transmises et tout particulièrement Françoise Cazein.**

## Références

- [1]. Halfen S. et al., Suivi de l'infection à VIH/sida en Ile-de-France. Bulletin n°8 sur le thème des femmes (déc 2003) et Bulletin n°12 sur les données épidémiologiques (déc 2007), Observatoire régional de santé d'Ile-de-France.
- [2]. Couzigou C. et al., Survie des patients atteints de sida diagnostiqués dans les hôpitaux parisiens : facteurs pronostiques et évolution 1994-2001, BEH n°23, 2005, pp.112-114.
- [3]. INSERM, Retour d'Informations Clinico-Epidémiologiques (base FHDH), n°14 - janvier 2007, données nationales et centres Ile-de-France.
- [4]. Le plan régional de santé publique 2006-2010 en Ile-de-France : situation initiale en 2006. Document du Programme d'études et de statistiques du PRSP, Groupement régional de santé publique d'Ile-de-France, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2008.
- [5]. Carrieri P. et al., Health-related quality of life after 1 year of Highly Active antiretroviral therapy, Journal of Acquired Immune Deficiency syndromes, vol.32, n°1, January 1, 2003.
- [6]. Yeni P. (sous la direction de), Prise en charge des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts, Rapport 2008, Flammarion.
- [7]. Crips Provence-Alpes-Côte d'Azur, L'observance au cours des traitements antirétroviraux de l'infection à VIH, Dossier documentaire, Avril 2003.
- [8]. EUSD 2002, Enquête "Une semaine donnée". Enquête auprès des personnes fréquentant Aides, janvier 2003.
- [9]. Trenado E., Themis, une cohorte observationnelle à l'initiative d'une association de malades, Séminaire SIRS, Inserm U444, mars 2003.
- [10]. Préau M. et al., La santé mentale des femmes séropositives en France à l'ère des thérapies antirétrovirales : quelles différences avec les hommes ? Quels enjeux ? Médecine sciences, Hors série n°2 les femmes et le sida en France, vol. 24, mars 2008.
- [11]. Dab W. et al., Evolution de la perception sociale du sida en Ile-de-France (1987-1990), Santé publique, n°1, 1992, pp.4-13.
- [12]. Beltzer N. 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, 2005.
- [13]. Association Sida Info Service, Enquête 2005 sur les discriminations à l'encontre des personnes vivant avec le VIH.
- [14]. Bouhnik A.D. et al., Troubles de la sexualité déclarés chez les personnes séropositives en France. Résultats de l'enquête ANRS-EN12-Vespa, 36ème séminaire de perfectionnement en sexologie clinique, AIHUS 2006, 30 mars au 2 Avril, Marseille.
- [15]. Les femmes et l'infection à VIH/sida, *Dossier de synthèse documentaire et bibliographique*, CRIPS Paca, 2008.
- [16]. Heard I. et al., Projets parentaux des femmes vivant avec le VIH/sida à l'ère des thérapies antirétrovirales, Médecine sciences, Hors série n°2 les femmes et le sida en France, vol. 24, mars 2008.
- [17]. Bourdillon F. et al., Les problèmes de santé et les besoins des personnes atteintes d'infection à VIH : enquête hospitalière multicentrique, Rapport du Ministère de l'emploi et de la solidarité, Direction des Hôpitaux - Mission sida, 1996.
- [18]. Lert F. et al., Les conditions de vie des personnes vivant avec le VIH en France métropolitaine. Résultats de l'enquête ANRS-EN12-Vespa, Commission de la population et du développement, 38ème session, New York, 4 au 8 avril 2005.
- [19]. Hirsh E, Solidaires, Editions Cerf, Paris, 1991.
- [20]. Les enquêtes Presse Gay et Baromètre Gay sont réalisées par l'Institut de veille sanitaire.
- [21]. Lydié N. et al., Evaluer la prévention de l'infection par le VIH en France. Synthèse des données quantitatives (1994-1999), Editions ANRS, Collection sciences sociales et sida. Paris, 1999.
- [22]. Nous nous référons aux définitions proposées par J.-Y. Le Talec et Warning, Poster N°WEPE 0311, AIDS 2008 - Mexico.
- [23]. Emmanuelli J., Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques sanitaires chez les usagers de drogues intraveineuses, OFDT. Tendances, n°12, 2001.
- [24]. Jauffret-Roustide M. et al., Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, BEH n°33, 2004, pp245-247.
- [25]. Halfen S. et al., Usages de drogues et pratiques d'injection dans les espaces festifs à Paris : évolution et caractéristiques en 2007 (TREND). Rapport ORS Ile-de-France, 2008.
- [26]. Les enquêtes KABP en population générale sont réalisées par l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France.
- [27]. Setbon M., Pouvoirs contre Sida. De la transfusion sanguine au dépistage : décisions et pratiques en France, Grande-Bretagne et Suède, Editions du Seuil, Paris, 1993.
- [28]. Conseil national du sida, Rapport sur l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France, Paris, CNS, 2006.
- [29]. Haute Autorité de santé, Dépistage de l'infection par le VIH en France - Modalités de réalisation des tests de dépistage, Paris, HAS, 2008.
- [30]. Paicheler G., Prévention du sida et agenda politique : les campagnes en direction du grand public, 1987-1996, Editions CNRS, 2002.