

1

Épidémiologie de l'infection par le VIH en France

L'épidémiologie de l'infection par le VIH repose en France sur plusieurs sources de données. Les principales données présentées dans ce chapitre et dans le reste de l'ouvrage sont celles de 2010 ou de 2011, lorsqu'elles sont disponibles. La France dispose actuellement d'un bon dispositif de collecte et d'interprétation des données épidémiologiques pour décrire les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et la progression de leur maladie, avec un rôle complémentaire des données de la surveillance, des études transversales et transversales répétées, telle que PREVACAR ou VESPA2 et des cohortes ANRS. Des données épidémiologiques complémentaires sont présentées dans certains chapitres du rapport.

Les données d'épidémiologie descriptive en 2011

7 000 à 8 000 nouvelles contaminations par an (ANRS AC23)

L'incidence est le nombre de nouvelles personnes infectées par le VIH par unité de temps dans une entité géographique donnée, alors que la prévalence est le pourcentage de PVVIH à un moment donné. Les nouveaux diagnostics, dont la déclaration est obligatoire en France depuis 2003, ne renseignent qu'indirectement sur l'incidence puisqu'ils dépendent à la fois de l'incidence et de la pratique de dépistage et de diagnostic. Il n'est donc pas licite d'interpréter les évolutions du nombre de nouveaux diagnostics comme des évolutions d'incidence de l'infection, alors que cette interprétation est très fréquente tant dans la presse que dans le milieu médical. En 2009, dans le cadre de l'Action coordonnée 23 de l'ANRS, deux méthodes de calcul de l'incidence [1, 2] à partir de la déclaration obligatoire de séropositivité ont fourni des estimations de l'incidence de l'infection par le VIH en France. Pour les deux méthodes, ces estimations d'incidence représentent des contaminations se produisant une année donnée permettant d'expliquer le nombre de nouveaux diagnostiqués en France. Elles incluent donc des personnes contaminées à l'étranger mais diagnostiquées en France. Elles dépendent de la qualité des données de déclaration obligatoire, des méthodes utilisées pour imputer les données manquantes pour certaines des caractéristiques, de la correction de la sous-notification et pour les deux dernières années de la correction du délai de déclaration. Sur la période 2004-2007, les deux méthodes produisent des estimations proches, de l'ordre de 7 000 à 8 000 nouvelles contaminations par an (avec des intervalles de confiance à 95 % [IC 95 %] entre 5 500 et 9 300 cas), soit un taux d'incidence de 17 à 19 pour 100 000 personnes-années (Pa) pour la France entière, Métropole plus départements d'outre-mer (DOM). Environ 40 à 50 % des nouvelles contaminations se produisent chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). Le taux d'incidence est particulièrement élevé dans ce groupe (de l'ordre de 1 000 pour 100 000 par an), montrant que l'épidémie n'est pas du tout contrôlée dans la population des HSH, suivi par celui de l'incidence chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne (240 pour 100 000 par an) et les usagers de drogue par voie intraveineuse (UDI) (de l'ordre de 90 pour 100 000 par an).

Des estimations réalisées par l'InVS pour les années 2009-2010 [3] indiquent également que les taux d'incidence sont les plus élevés dans les départements français d'Amérique (DFA), avec un taux global de 59 pour 100 000 et de 147 pour 100 000 en Guyane. Le taux d'incidence est estimé à 39 pour 100 000 en Île-de-France et à 11 pour 100 000 pour

le reste de la Métropole. Dans les DFA comme pour les autres zones géographiques, le plus fort taux d'incidence du VIH est retrouvé parmi les HSH (environ 1 000 pour 100 000), mais ceux-ci n'y représentent que 18 % des nouvelles contaminations contre 48 % au niveau national. Chez les femmes et hommes hétérosexuels, les taux d'incidence y sont estimés respectivement à 55 et 41 pour 100 000, taux plus élevés qu'en Île-de-France (20 et 19 pour 100 000) ou dans le reste de la Métropole (4 et 6 pour 100 000). Ces estimations par région font l'hypothèse que la contamination a lieu dans la région de son domicile et doivent donc être interprétées avec précaution.

La forte incidence dans la population HSH est également soulignée dans l'étude PRE-VAGAY auprès de HSH fréquentant des établissements de convivialité gays parisiens et donc particulièrement à risque [4]. La prévalence dans cette population en 2009 s'élevait à 17,7 % (IC 95 % : 15,3 % - 20,4 %) et l'estimation de l'incidence à 3 800 pour 100 000 par an (IC 95 % : 1 500 - 6 200 pour 100 000 par an).

Toujours des prises de risque (InVS)

Les trois réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles (IST) (RésIST, Renago, Renachla) mettent en évidence une augmentation de ces infections [5]. En effet, le nombre de cas de syphilis a augmenté ces trois dernières années, celui des infections à gonocoque continue d'augmenter depuis 10 ans et le nombre d'infections à *Chlamydiae* urogénitales et/ou rectales croît depuis 2006. Même s'il existe un biais de surveillance avec une amélioration de la qualité de la surveillance au cours du temps, il est probable que cela ne suffit pas à expliquer les tendances observées. Par ailleurs, l'enquête KABP 2010, réalisée auprès d'un vaste échantillon de la population générale, a montré que si le préservatif était le plus souvent utilisé lors des premiers rapports sexuels, son efficacité est de moins en moins reconnue et il est moins utilisé lors du dernier rapport sexuel, en particulier chez les jeunes [6].

Les HSH restent, en 2011, la population la plus fortement touchée par ces IST. Ils représentent plus de 80 % des cas de syphilis rapportés en 2011 par le réseau de surveillance RésIST, et près de la moitié d'entre eux sont co-infectés par le VIH. Près de la moitié (42 %) des cas de gonocoques rapportés par ce même réseau concernent également les HSH. Le nombre de lymphogranulomatoses vénériennes (LGV) anorectales, liées à un sérovar spécifique du *Chlamydia trachomatis*, est relativement stable depuis 2008, et concerne quasi exclusivement des HSH.

Les données comportementales recueillies à partir de l'enquête Presse gay et lesbienne (EPGL) réalisée en 2011 auprès de plus de 11 000 HSH ont montré une fréquence élevée de multipartenariat et des pénétrations anales non protégées plus fréquentes que lors de l'enquête EPG réalisée en 2004 [7]. Dans cette étude, 23 % des HSH séronégatifs, 41 % des HSH jamais testés, 58 % des HSH séro-interrogatifs (hommes qui ignorent leur statut sérologique), et 64 % des HSH séropositifs ont déclaré des pénétrations anales avec des partenaires occasionnels de statut VIH différent ou inconnu sans préservatifs. Chez les HSH séropositifs, cette proportion était similaire selon que la charge virale (CV) était contrôlée (68 %) ou non (63 %). La proportion de répondants qui se déclarent séropositifs pour le VIH a augmenté entre 2004 et 2011 (respectivement 13 et 17 %).

Une estimation de 6 100 nouveaux diagnostics en 2011 (Déclaration obligatoire du VIH/Sida, InVS)

Compte tenu d'une exhaustivité évaluée à 72 % en 2011, le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité en 2011 est estimé à environ 6 090 [IC 95 % : 5 720 - 6 640] [8]. Le nombre de découvertes de séropositivité, après avoir diminué significativement entre 2004 et 2007, se stabilise. Les personnes de 25 à 49 ans représentent la majorité des découvertes de séropositivité en 2011 (72 %), les moins de 25 ans, 11 % et les personnes de 50 ans et plus, 17 %. Entre 2003 et 2011, la proportion des personnes de plus de 50 ans a augmenté.

Concernant les moins de 25 ans, entre 2003 et 2010, la quasi-totalité des femmes de moins de 25 ans (97 %) a été contaminée par rapports hétérosexuels. Elles sont nées en Afrique subsaharienne en majorité (63 %) et seules 23 % sont nées en France. Plus de 70 % des hommes de 18-24 ans ont été contaminés par rapports homosexuels. Ce mode de contamination concerne près de 42 % des hommes de 15-17 ans. La majorité des hommes de moins de 25 ans contaminés par transmission homosexuelle sont nés en France (84 %), tandis que ceux contaminés par rapports hétérosexuels sont principalement nés à l'étranger (60 %). Dans les deux sexes, la proportion de jeunes s'étant contaminés par l'usage de drogues injectables est faible (1,1 % chez les filles et 1,7 % chez les garçons). Le nombre de femmes de 15 à 24 ans découvrant leur séropositivité a diminué presque de moitié entre 2003 et 2010, avec des effectifs passant de 506 (IC 95 % : 425-588) à 271 (229-312), alors que le nombre d'hommes jeunes a presque doublé sur la même période passant de 241 (186-296) en 2003 à 456 (398-509) en 2010.

La proportion d'hommes parmi les personnes découvrant leur séropositivité continue à augmenter : en 2011 elle atteint 68 %. La part des personnes nées en Afrique subsaharienne a diminué depuis 2003 (32 % en 2011), à l'inverse la proportion de personnes nées en France a régulièrement augmenté entre 2003 et 2011 (de 42 % à 53 %). On estime que ce sont environ 2 000 personnes nées en Afrique subsaharienne qui ont découvert leur séropositivité en 2011, dont 60 % de femmes.

Parmi les personnes découvrant leur séropositivité en 2011, 58 % ont été contaminées par rapports hétérosexuels, 39 % par rapports homosexuels et 1 % par usage de drogues injectables. Les personnes contaminées par rapports hétérosexuels sont en majorité des femmes (54 %) et plus de la moitié sont nées en Afrique subsaharienne. Les hommes homosexuels sont nés en France (85 % en 2011), 4 % d'entre eux sont nés dans un pays d'Amérique et 5 % dans un pays européen. Le nombre de nouveaux diagnostics chez les HSH a augmenté par paliers puis s'est stabilisé depuis 2010, autour de 2 400 cas. Le nombre d'UDI qui découvrent leur séropositivité est très faible chaque année (86 en 2011), la majorité d'entre eux sont nés à l'étranger (Europe hors France).

La part des infections récentes (datant de moins de 6 mois) parmi les découvertes de séropositivité VIH est de 26 % en 2011. Elle est beaucoup plus élevée chez les HSH (40 %) que chez les hétérosexuels nés en France (27 %) ou chez ceux nés à l'étranger (13 %).

Le nombre de découvertes de séropositivité rapporté à la population est plus élevé dans les DFA et en Île-de-France, que dans le reste de la France. Les taux de nouveaux diagnostics en Guyane (914 découvertes par millions d'habitants), en Guadeloupe (401), en Île-de-France (222) et en Martinique (136) sont supérieurs à la moyenne nationale (93 cas par millions d'habitants en 2011). Outre-Mer (DFA, Réunion, Mayotte), les proportions de femmes, de personnes de 50 ans et plus, d'hétérosexuels, de diagnostics tardifs sont plus élevées qu'en Métropole.

Forces et faiblesses de la prise en charge en France

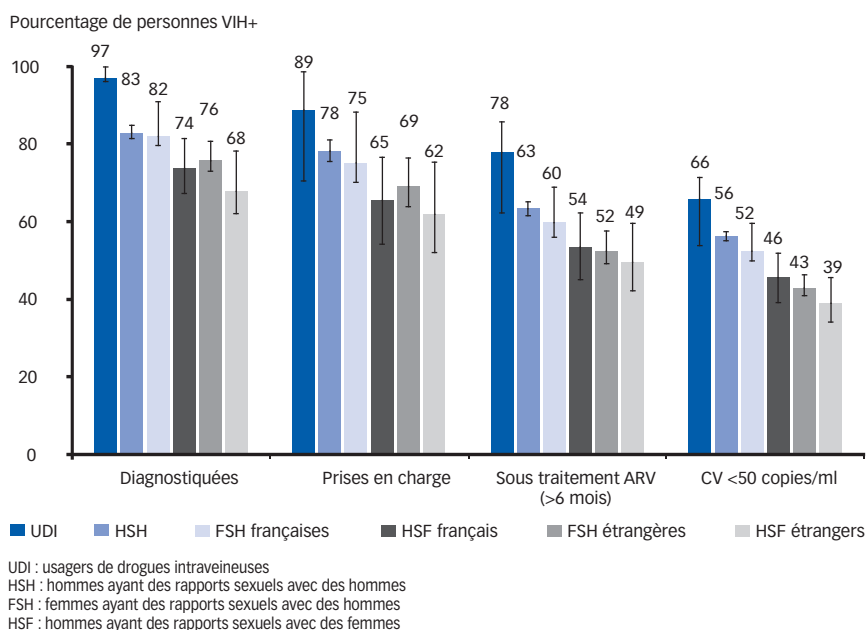
Cascade de la prise en charge

Ce terme est utilisé depuis quelques années pour caractériser la proportion de personnes diagnostiquées, puis liées aux soins et enfin avec une CV contrôlée au sein des populations de PVVIH. Pour estimer la cascade de la prise en charge en France plusieurs sources de données ont été combinées [9]. Pour la partie visible de l'épidémie, c'est-à-dire pour estimer le nombre de personnes séropositives dans le système de soins, les données de la Caisse nationale de l'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) sur le nombre de personnes bénéficiant de l'affection longue durée au titre du VIH (ALD 7) ont été utilisées. L'estimation est de 111 500 personnes environ en 2010 après extrapolation à la France des données de la CNAMTS, et atteint 113 600 en 2011 à comparer à l'estimation de 102 000 personnes en 2008, soit une augmentation de 11 %.

Pour évaluer le pourcentage de personnes séropositives recevant des antirétroviraux parmi les personnes suivies et celles ayant une CV contrôlée parmi les personnes traitées, les données issues de la base de données FHDH ANRS CO4 ont été utilisées. Pour la partie invisible de l'épidémie, c'est-à-dire pour estimer les personnes séropositives qui ne sont

pas encore dans le système de soins, les estimations de la taille de l'épidémie cachée ont été utilisées (cf. chapitre « Dépistage »). Au total, on estime que 149 900 (IC 95 % : 134 700 - 164 900) personnes vivaient avec le VIH en France en 2010. Parmi elles, 81 % étaient diagnostiquées, 74 % étaient dans le système de soins, 60 % recevaient des antirétroviraux depuis au moins 6 mois et 52 % avaient une CV contrôlée. La prise en charge du VIH varie selon les groupes de transmission ($p < 0,001$) : les UDI ont le plus grand pourcentage de personnes diagnostiquées (97 %), suivis des HSH (83 %), des hétérosexuels français (82 % pour les femmes et 74 % pour les hommes) et des hétérosexuels nés à l'étranger (76 % pour les femmes et 68 % pour les hommes). Ces différences précoces dans la cascade de la prise en charge s'accroissent tout au long des étapes ultérieures et on retrouve le même classement lorsqu'on compare le pourcentage de personnes ayant une CV contrôlée selon les groupes de transmission comme illustré sur la figure 1. Cette étude montre qu'il existe des disparités entre les groupes de transmission dans la prise en charge du VIH en France et que ces disparités surviennent dès la première étape de la prise en charge, à savoir le dépistage de l'infection. Accroître le dépistage chez les hommes hétérosexuels quelle que soit leur origine géographique et chez les femmes nées à l'étranger permettrait de réduire ces disparités. Au total, la moitié des personnes séropositives vivant en France reçoivent des antirétroviraux et ont une CV contrôlée, soit deux fois plus qu'aux USA ; les principales différences entre la France et les USA se situent au niveau du maintien dans le système de soins et dans le pourcentage de personnes ayant une CV contrôlée parmi les personnes recevant des ARV, 86 % en France *versus* 77 % aux USA [10].

Figure 1. Cascade de la prise en charge en France en 2010 par groupe de transmission



Traitement et contrôle de l'épidémie

La corrélation entre le niveau de virémie plasmatique et le risque de transmission du VIH est établie [11]. Deux méta-analyses ont récemment été réalisées afin d'estimer le taux de transmission sous traitement ARV chez les couples hétérosexuels sérodifférents. Une méta-analyse [12] de l'essai HPTN052 [13] et de huit cohortes a montré un taux de transmission sous ARV de 0,2/100 Pa (IC 95 % : 0,07 - 0,7). Une autre méta-analyse [14] de l'essai HPTN 052 et de deux études de cohorte qui ne considéraient que les patients pour lesquels la CV était mesurée, a montré un taux de transmission sous ARV de 0/100 Pa (IC 95 % : 0 - 0,05).

En France, même si 52 % des PVVIH reçoivent des ARV et ont une CV contrôlée cela ne permet pas d'endiguer la progression de l'épidémie du VIH [9]. C'est particulièrement le cas chez les HSH où l'incidence de l'infection par le VIH est d'environ 1 000 pour 100 000 et par an, sans baisse sur la période 2004-2009 [1, 2], alors qu'en 2010, 56 % des HSH vivant avec le VIH étaient traités et avaient une CV contrôlée. Ainsi, il faudra atteindre des niveaux de couverture en ARV et de contrôle de la CV beaucoup plus élevés y compris pendant la période de primo-infection pour que le traitement puisse éventuellement contrôler significativement et durablement l'épidémie. Pour cela, il faut non seulement dépister les 20 % de personnes infectées par le VIH qui ignorent leur séropositivité mais également réduire le délai entre l'infection et le diagnostic du VIH. En effet, ce délai reste long [2] : 37 mois en moyenne chez les HSH, 41 mois chez les femmes hétérosexuelles nées à l'étranger, 45 mois chez les UDI, 50 mois chez les femmes hétérosexuelles françaises et 53 mois chez les hommes hétérosexuels (français et étrangers).

Caractéristiques des personnes prises en charge (VESPA 2, FHDH ANRS CO4)

Dans la base de données hospitalière française sur l'infection par le VIH (FHDH ANRS CO4), la proportion de femmes prises en charge est stable en 2011 par rapport à 2008 (33 %). On observe un vieillissement de la population (35 % de plus de 50 ans en 2011 *versus* 25 % en 2008). Ainsi, 8 % des femmes et 13 % des hommes suivis ont plus de 60 ans. En 2011, 33 % des femmes et 9 % des hommes étaient originaires d'Afrique subsaharienne. La séropositivité était connue depuis une durée médiane de 10,5 ans chez les femmes et de 12,6 ans chez les hommes.

L'enquête VESPA 2, réalisée en 2011, a été conçue de façon à rendre compte au mieux de la diversité de la population vivant avec le VIH sur le territoire national en termes épidémiologique, démographique et de lieu de prise en charge [15]. Pour des raisons pratiques, le champ de l'étude se limite aux personnes résidant en France, dont le diagnostic de VIH date d'au moins 6 mois et qui sont suivies à l'hôpital (en consultation externe ou en hôpital de jour) dans un établissement ayant une file active de plus de 100 patients séropositifs. L'enquête a porté sur un échantillon aléatoire constitué de 3 022 personnes en Métropole, et dans les DOM de 129 personnes en Martinique, 168 en Guadeloupe, 56 à Saint-Martin, 136 en Guyane et 108 à la Réunion. Le plan de sondage mis en œuvre pour l'enquête, de même que l'application de coefficients de pondération et redressement, permettent de fournir des estimations extrapolables à l'ensemble de la population séropositive diagnostiquée depuis au moins 6 mois et suivie à l'hôpital à l'échelle de la France métropolitaine d'une part, et de chaque DOM d'autre part, à l'exception de la Guyane où le champ de l'enquête se limite aux personnes suivies à l'hôpital de Cayenne. Compte tenu de la forte hétérogénéité épidémiologique et sociodémographique entre les DOM, les données sont présentées séparément pour chacun de ces départements.

En Métropole

En 2011, en Métropole, la population vivant avec le VIH se répartit en 39 % de HSH, 11 % d'UDI (7 % d'hommes et 4 % de femmes), 24 % de personnes immigrées originaires d'Afrique subsaharienne (8 % d'hommes et 16 % de femmes) et 26 % d'autres patients (13 % d'hommes et 13 % de femmes), catégorie constituée en grande majorité de personnes infectées par rapports hétérosexuels (79 %).

L'âge médian en 2011 est de 48 ans au niveau global, avec des écarts importants selon les groupes (de 39 ans pour les femmes immigrées d'Afrique subsaharienne à 53 ans pour les hommes du groupe «autres»). Les moins de 40 ans représentent aujourd'hui moins d'un quart de la population vivant avec le VIH tandis que 41 % ont au moins 50 ans et 13 % ont au moins 60 ans.

L'ancienneté du diagnostic en 2011 est en médiane de 12 ans, avec là aussi des différences marquées selon les sous-groupes de la population séropositive reflétant la dynamique de l'épidémie : de 8 ans chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne à 22 ans chez les UDI. Au total, 41 % des PVVIH ont été diagnostiqués avant 1996, 24 % entre 1996 et 2002, et 35 % entre 2003 et 2011.

En Martinique

En Martinique, les hommes sont majoritaires (59 %) avec une proportion d’HSH atteignant 21 %. L’âge médian est de 49 ans. Plus de la moitié (60 %) des personnes suivies ont entre 40 et 59 ans, et 21 % ont au moins 60 ans. Les immigrés, qui représentent une part relativement faible des personnes suivies (15 %), viennent en majorité d’Haïti (60 %) et d’autres pays des Caraïbes. Un tiers des personnes suivies ont été diagnostiquées depuis 2003. Un tiers des personnes suivies (34 %) a un antécédent de pathologie classant Sida.

En Guadeloupe

En Guadeloupe, les hommes sont légèrement majoritaires (54 %) avec une proportion d’HSH atteignant 26 %. L’âge médian est de 49 ans. Plus de la moitié (57 %) des personnes suivies ont entre 40 et 59 ans, et 20 % ont au moins 60 ans. Plus d’une personne sur trois (35 %) est une personne immigrée, provenant très majoritairement d’Haïti (89 %). L’épidémie reste très dynamique, avec 44 % de personnes diagnostiquées depuis 2003. Parmi les patients actuellement suivis, 26 % ont un antécédent de maladie opportuniste.

À Saint-Martin

La démographie des personnes suivies à Saint-Martin est très différente de celle de l’île voisine de la Guadeloupe. La population des PVVIH est majoritairement féminine (58 %). Les hommes contaminés par rapports homosexuels sont très peu nombreux (4 %). En termes d’âge, la médiane est de 49 ans, 20 % des personnes suivies ont moins de 40 ans, et 15 % ont 60 ans ou plus. Les étrangers sont très fortement majoritaires (79 %) et seulement 13 % des personnes suivies sont des Français de naissance. Plus de la moitié des immigrés viennent d’Haïti, un tiers des autres pays de la Caraïbe (hors territoire français), une très faible proportion vient d’Amérique du Sud. La répartition des cas par année de diagnostic reflète une épidémie active, avec près de la moitié (48 %) des cas diagnostiqués depuis 2003. Un quart des patients suivis ont un antécédent de maladie opportuniste classant Sida (24 %).

En Guyane

En Guyane, les femmes sont majoritaires (59 %) et les hommes contaminés par rapport homosexuels peu nombreux (4 %). La population des personnes vivant avec le VIH est la plus jeune des DOM avec un âge médian de 43 ans et plus d’un tiers (36 %) des personnes suivies âgées de moins de 40 ans. Les étrangers (77 %) avec les Français par acquisition de la nationalité (2 %) et les Français de naissance dont les deux parents sont immigrés (4 %) représentent plus de 80 % des personnes suivies. Parmi les immigrés, plus de la moitié viennent d’Haïti (54 %), 8 % des pays de la Caraïbe et 37 % des pays d’Amérique du Sud. L’épidémie en Guyane est très active, avec 70 % des cas diagnostiqués depuis 2003. Un tiers des patients (32 %) ont un antécédent de pathologie classant Sida.

À la Réunion

La population séropositive suivie à la Réunion se compose d’environ un tiers de femmes (34 %), un tiers d’hommes contaminés par rapports homosexuels (36 %) et un tiers d’hommes contaminés par d’autres voies (31 %). L’âge médian est de 47 ans, trois personnes sur quatre (74 %) ont entre 40 et 59 ans et seulement 10 % 60 ans ou plus. À peine plus de 3 % de la population est de nationalité étrangère et moins de 5 % sont des Français par acquisition de la nationalité. Quatre personnes sur dix (41 %) ont été diagnostiquées avant 1996, un tiers entre 1996 et 2002 et un quart depuis 2003. En 2011, 32 % ont des antécédents de pathologie classant Sida.

Personnes transgenres

Peu de données fiables sont disponibles en France sur la fréquence du transsexualisme, et la prévalence du VIH parmi les personnes transgenres. Une enquête INSERM [16] a été réalisée en 2010 auprès de 381 personnes transgenres, afin de déterminer leurs caractéristiques sociodémographiques, leurs parcours de soins et leurs situations vis-à-vis du VIH. Ses résultats confirment la gravité de l’épidémie du VIH/Sida chez les personnes transgenres *male-to-female* (MtF) et éclairent sur leurs difficultés d’accès

aux soins en France. Au sein des personnes enquêtées, 21 % des MtF et 13 % des FtM indiquent avoir été en situation de prostitution au moins une fois dans leur vie. Concernant le dépistage, 83 % des MtF et 63 % des FtM ont déclaré avoir fait le test au moins une fois dans leur vie, 32 % des FtM et 39 % des MtF déclarent l'avoir fait sur les 12 derniers mois. La prévalence déclarée du VIH dans l'échantillon est fortement différenciée selon le sexe de l'état-civil à la naissance, puisqu'elle s'élève à 7 % chez les MtF ayant déjà réalisé un test de dépistage du VIH et n'est que de 0 % chez les FtM. Parmi les MtF ayant déjà eu recours au travail du sexe, 17 % sont séropositives (36 % si celles-ci sont de plus nées à l'étranger). L'accès aux soins des personnes transgenres est difficile, avec une situation sanitaire souvent jugée catastrophique par les acteurs de terrain. Des études plus poussées seraient nécessaires pour affiner nos connaissances et mieux cibler prévention et dépistage.

Encore 29 % de personnes diagnostiquées au stade Sida ou avec moins de 200 CD4/mm³, et seulement 35 % diagnostiquées en primo-infection ou avec plus de 500 CD4/mm³ (InVS, FHDH ANRS CO4)

Au diagnostic

Parmi les personnes découvrant leur séropositivité en 2011 [8], 13 % sont au stade Sida et la diminution de ces découvertes entre 2003 et 2007, ne s'est pas poursuivie ensuite. En 2011, 29 % des découvertes de séropositivité sont très tardives (diagnostic de Sida ou CD4 < 200/mm³) et 35 % des découvertes sont précoces (diagnostic de primo-infection ou CD4 > 500/mm³). Le diagnostic précoce est plus fréquent en ville, chez les moins de 25 ans, les HSH et les femmes hétérosexuelles nées en France. Le diagnostic très tardif concerne principalement les personnes de 50 ans et plus et les hommes hétérosexuels, nés en France ou à l'étranger quel que soit leur âge.

À la prise en charge

Dans la FHDH en 2011, le nombre médian de CD4 lors de la prise en charge à l'hôpital était de 391/mm³ (étendue interquartile (EIQ) 227-780) en légère augmentation par rapport à celui observé en 2008 (355, EIQ 194-534). Néanmoins, 29 % des patients pris en charge en 2011 avaient le Sida ou un nombre de CD4 < 200/mm³ (versus 31 % en 2008), et 53 % avaient un nombre de CD4 < 350/mm³ ou le Sida.

Un suivi pas toujours régulier (VESPA 2, FHDH ANRS CO4)

Dans VESPA 2 Métropole, échantillon de PVVIH suivis à l'hôpital, l'immense majorité des personnes interrogées (98 %) déclarent que leur suivi VIH est assuré principalement à l'hôpital. Parmi les personnes diagnostiquées depuis au moins un an, 5 % rapportent avoir, au cours des trois dernières années, interrompu le suivi médical pour leur maladie pendant une période de plus d'un an. Cette proportion atteint plus de 9 % parmi les UDI.

Dans FHDH, entre 2004 et 2011, parmi les patients suivis depuis au moins 3 ans et en prenant comme règle qu'un suivi adéquat consiste en deux contacts par an, on estime qu'en moyenne 88 % du temps depuis l'inclusion correspond à un suivi adéquat. Un mauvais suivi peut avoir de graves conséquences. Ainsi sur la période 2004-2011, 47 % des cas de pneumocystoses à *Pneumocystis jirovecii* sont survenus chez des personnes déjà prises en charge depuis plusieurs années, chez lesquelles en moyenne dans les deux années précédant le diagnostic de pneumocystose seulement 45 % du temps correspondait à un suivi adéquat.

Entre 88 et 93 % des personnes prises en charge reçoivent des combinaisons antirétrovirales (FHDH ANRS CO4, VESPA 2)

Une combinaison antirétrovirale puissante est définie ici comme une combinaison d'au moins trois médicaments, ou bien une bithérapie avec au moins un inhibiteur de protéase (IP) associé au ritonavir (IP/r) et un inhibiteur d'intégrase ou un anti-CCR5, ou enfin une

monothérapie avec un IP/r. En 2011, dans FHDH, 88 % des patients recevaient une combinaison antirétrovirale puissante par rapport à 80 % en 2007. Il s'agissait dans 97 % des cas d'une combinaison d'au moins trois médicaments, dans 2 % de monothérapie d'IP/r et dans 1 % de bithérapies telles que définies ci-dessus. À l'inverse, toujours en 2011, 6,5 % des patients ne recevaient pas du tout de traitement, 4,2 % en avaient déjà reçu, mais l'avaient interrompu et 1,3 % recevaient un traitement ne correspondant pas à une combinaison antirétrovirale puissante selon la définition ci-dessus, par exemple une bithérapie de deux INTI.

Les patients naïfs qui ont initié un traitement en 2011 recevaient le plus souvent une multithérapie comprenant deux INTI et un IP/r (56 %), loin devant une multithérapie comprenant deux INTI et un INNTI (23 %) ou 2 INTI et une anti-intégrase (6 %). En 2011, les combinaisons d'INTI les plus prescrites chez les patients naïfs étaient l'association tenofovir + emtricitabine (77 %), abacavir + lamivudine (13 %) et zidovudine + lamivudine (5 %). Dans les autres familles thérapeutiques, les médicaments les plus fréquemment prescrits chez les patients naïfs étaient le darunavir/r (37 %), l'efavirenz (21 %), l'atazanavir/r (14 %), le raltegravir (11 %), et le lopinavir/r (10 %).

Dans VESPA 2, plus de 9 patients enquêtés sur 10 (93 %) reçoivent un traitement antirétroviral en 2011, avec une hétérogénéité selon l'ancienneté du diagnostic et les sous-groupes de patients. Alors que la quasi-totalité (98 %) des personnes diagnostiquées avant 2003 sont traitées, 12 % de celles diagnostiquées depuis 2003 ne reçoivent pas de traitement antirétroviral en 2011. Par ailleurs, la part des personnes traitées dépasse 90 % dans tous les groupes sauf les immigrants africains pour lesquels elle est légèrement inférieure (88 %).

Un nombre médian de CD4 à la mise au traitement de 345/mm³ en 2011 versus 258/mm³ en 2007 (FHDH ANRS CO4, VESPA 2)

Dans FHDH ANRS CO4, le nombre médian de CD4 lors de l'initiation du traitement en 2011 était de 345/mm³ (EIQ 218-465), en augmentation par rapport à 2007 où le nombre médian était de 258/mm³, traduisant probablement le suivi des recommandations d'initiation plus précoce du traitement. Entre 2010 et 2011, 97 % des personnes recevaient un traitement antirétroviral dans les 6 mois suivant le premier contact, parmi ceux se présentant avec le Sida ou un nombre de CD4 \leq 200/mm³. Au cours de cette même période, le pourcentage de personnes ayant commencé le traitement dans les 6 mois suivant le premier contact était de 87 % parmi ceux se présentant avec un nombre de CD4 compris entre 200 et 350/mm³, 66 % parmi ceux se présentant avec un nombre de CD4 compris entre 350 et 500/mm³ et 35 % parmi ceux se présentant avec un nombre de CD4 $>$ 500/mm³. À 18 mois, les pourcentages correspondants étaient respectivement de 99 %, 97 %, 88 % et 63 % en 2010-2011 *versus* 99 %, 90 %, 60 % et 35 % en 2007-2009.

Dans VESPA 2, le délai entre le diagnostic et l'initiation du traitement est de 7 mois (EIQ : 0-98) parmi les personnes diagnostiquées depuis 2003 contre 12 mois (EIQ 1-60) parmi les personnes diagnostiquées entre 1996 et 2002.

93 % des personnes prenant le traitement depuis au moins 6 mois ont une charge virale $<$ 200 copies/mL en 2011 et 88 % une charge virale $<$ 50 copies/mL (FHDH ANRS CO4)

L'objectif de CV indétectable est atteint chez un nombre toujours croissant de personnes. Sur l'ensemble des personnes prenant une multithérapie depuis au moins 6 mois, le pourcentage de personnes dont la CV est inférieure à 50 copies/mL est passé de 79 % en 2007 à 88 % en 2011 ; 93 % ont une CV inférieure à 200 copies/mL. La mise à disposition de nouveaux antirétroviraux dans les familles existantes et de nouvelles familles d'antirétroviraux expliquent probablement l'amélioration observée.

Une réponse virologique satisfaisante et une réponse immunologique qui s'améliore, mais reste insuffisante, avec des variations selon les régions

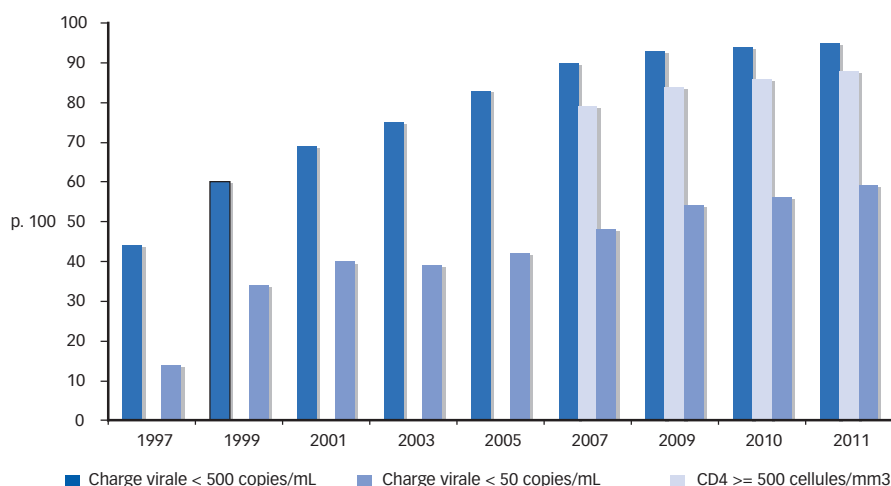
Compte tenu de l'intérêt d'atteindre un nombre de CD4 au-dessus de 500/mm³ pour toutes les personnes, il est important de suivre cet indicateur dans la population prise en charge. Dans la cohorte FHDH ANRS C04, comme illustré sur la figure 2, la proportion de personnes prenant un traitement depuis au moins 6 mois, avec des CD4 > 500/mm³ a augmenté à partir de 2006 pour atteindre 59 % en 2011, alors qu'il stagnait à 40 % entre 2000 et 2004. Ceci s'explique probablement par la conjonction d'un traitement plus précoce et d'une augmentation de l'efficacité virologique, y compris chez les personnes ayant des virus résistants notamment grâce à la mise à disposition de nouveaux antirétroviraux.

Dans VESPA 2, les données par région sont présentées dans le tableau ci-dessous. Les pourcentages de succès virologique sont plus bas dans les DOM, et la proportion de personnes dont les CD4 sont supérieures à 500/mm³ est particulièrement basse à Saint-Martin et en Guyane. En Métropole, la proportion de CV contrôlée est homogène entre les générations de patients sous traitement et dépasse 85 % dans tous les groupes sauf les immigrés africains pour lesquels elle est légèrement inférieure (83 % chez les hommes et 84 % chez les femmes).

Tableau 1. Proportion de patients traités en succès virologique et en succès immunologique dans l'étude VESPA 2 en 2011

	Métropole	Martinique	Guadeloupe	Saint-Martin	Guyane	Réunion
	(N=3022)	(N=129)	(N=168)	(N=56)	(N=136)	(N=108)
% de patients traités	93	89	96	92	93	92
% des patients traités avec charge virale < 50 copies/mL	86	82	80	78	68	80
% des patients traités avec nombre de CD4 > 500/mm ³	57	51	51	25	24	54

Figure 2. Proportion de patients traités depuis au moins 6 mois ayant une charge virale inférieure à 500 copies/mL ou à 50 copies/mL ou ayant un taux de CD4 supérieur à 500/mm³ dans la cohorte FHDH ANRS C04



L'étude Prévacar réalisée auprès des personnes détenues en 2010 (InVS et DGS)

Cette étude a permis d'évaluer auprès de 146 unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) l'offre de soins en milieu carcéral et d'estimer la prévalence de l'infection par le VIH et de l'hépatite C chez les personnes détenues en France en 2010. Elle montre que la quasi-totalité des établissements propose un dépistage des trois virus (VIH, virus de l'hépatite C [VHC] et virus de l'hépatite B [VHB]) à l'arrivée en détention mais seulement la moitié renouvelle la proposition en cas de refus initial [17]. La prévalence du VIH est estimée à 2,0 % (IC 95 % : 1,0 - 4,2 %), représentant plus de 1 200 personnes détenues séropositives en 2010. La majorité des personnes vivent avec le VIH depuis plusieurs années (neuf années en moyenne), ont un nombre de CD4 inférieur à 350 /mm³ et les trois quarts sont traités [18]. La prévalence du VIH varie en fonction du continent de naissance, elle est très élevée chez les personnes détenues nées en Afrique subsaharienne. La prévalence du VHC est estimée à 4,8 % (IC 95 % : 3,5 - 6,5 %), représentant près de 3 000 personnes détenues vivant avec le VHC, dont près de la moitié sont porteuses d'une hépatite C chronique. La prévalence de la co-infection VIH/VHC est faible (0,08 %).

Des facteurs de risque fréquents de morbidité chronique (Aquitaine ANRS CO3, VESPA 2, FHDH ANRS CO4 HEPAVIH ANRS CO13)

Les PVVIH ont un niveau de facteurs de risque plus élevé que la population générale pour la morbidité cardiovasculaire, les maladies osseuses, neurologiques, rénales, hépatiques et les tumeurs.

Co-infection par le VHC et le VHB

En 2011, la prévalence de la co-infection par le VHC est de 16,5 % dans la base de données FHDH ANRS CO4, 16,2 % dans l'enquête VESPA 2 Métropole et 18,9 % dans la cohorte Aquitaine ANRS CO3. Les UDI représentent 54 à 63 % des personnes co-infectées VIH-VHC (contre plus de 75 % avant 2006), et les homosexuels masculins 13 à 23 % (contre moins de 7 % avant 2006). La proportion de patients dont la CV VHC n'est pas contrôlée varie entre 63 et 70 % selon les sources, avec une baisse relative par rapport à 2004. Dans la cohorte nationale de personnes co-infectés VIH/VHC ANRS CO13 HEPAVIH le génotype 1 du VHC largement majoritaire (58 %), suivi des génotypes 3 (20 %) et 4 (18 %). La prévalence de la co-infection VIH-VHB (Ag HBS+ ou ADN VHB+) a été estimée à 7 % en France en 2004. Il n'y a pas d'estimation plus récente.

Hémophilie

Les informations concernant la contamination par le VIH et l'hépatite C des personnes hémophiles françaises ont été obtenues à partir du Réseau France Coag (InVS), dont les objectifs sont d'assurer le suivi épidémiologique et la veille sanitaire des personnes atteintes de déficit constitutionnel en facteurs de l'hémostase. Parmi les 4 231 personnes hémophiles suivies au moins une fois de 2008 à 2010, 370, soit 9 %, vivent avec le VIH, dont 364 vivent aussi avec le VHC, soit une proportion de co-infection de 98,4 %, le plus souvent par un VHC de génotype 1 (64 %).

Troubles métaboliques et hypertension artérielle

Dans la cohorte Aquitaine ANRS CO3, les facteurs de risque vasculaires sont fréquents, ainsi sur les 2 784 personnes suivies en 2012, 1 128 personnes (41 %) présentaient une lipodystrophie, 1 837 personnes (66 %) une dyslipidémie, 252 personnes (9 %) un diabète, 728 personnes (26 %) une hypertension artérielle.

Dans VESPA 2 Métropole, les informations issues du dossier médical indiquent que 18 % des patients ont une prescription de traitement hypolipémiant, 17 % un traitement antihypertenseur, et 4 % un traitement hypoglycémiant. Ces proportions ne varient pas de façon significative entre les sous-groupes de la population séropositive.

Indice de corpulence

Dans VESPA 2 Métropole, l'obésité (définie par un indice de masse corporel [IMC] ≥ 30) touche 9 % des personnes suivies. Cette proportion atteint 23 % parmi les femmes originaires d'Afrique subsaharienne. La maigreur (IMC $< 18,5$) touche 6 % de la population. Dans FHDH ANRS CO4, l'obésité est observée chez 21 % des femmes originaires d'Afrique subsaharienne, 12 % des autres femmes, 11 % des hommes originaires d'Afrique subsaharienne et 5 % des autres hommes ; 24 % des personnes ont un IMC inférieur à 21.

Alcool, tabac, drogues illicites

Dans la cohorte Aquitaine ANRS CO3, 47 % des personnes sont des fumeurs. Dans VESPA 2, la proportion de fumeurs atteint 38 % au niveau global, particulièrement élevée parmi les UDI (77 % parmi les hommes et 80 % parmi les femmes) et, dans une moindre mesure, les HSH (43 %) ; elle est relativement faible parmi les immigrés d'Afrique subsaharienne (21 % parmi les hommes et 8 % parmi les femmes). La consommation problématique d'alcool (appréciée selon le questionnaire AUDIT qui évalue la consommation nocive et la dépendance à l'alcool) concerne 16 % des personnes suivies, avec là encore des niveaux particulièrement élevés parmi les UDI (25 % parmi les hommes et 26 % parmi les femmes) et, dans une moindre mesure, les HSH (21 %) et un niveau très faible parmi les femmes originaires d'Afrique subsaharienne (4 %). De plus, 12 % des personnes rapportent une consommation de cannabis et 3 % une consommation d'autres drogues illicites ou médicaments détournés dans le dernier mois, avec là encore des niveaux élevés parmi les UDI et, dans une moindre mesure, les HSH.

Une morbidité qui se diversifie (FHDH ANRS CO4, Aquitaine ANRS CO3)

Hospitalisation

Dans FHDH ANRS CO4, le taux d'hospitalisation complète a baissé de 6,8 pour 100 Pa en 2008 à 6,3 pour 100 Pa en 2011. Dans ANRS CO3 Aquitaine, entre 2000 et 2008, 1 488 patients ont été hospitalisés au moins une fois pour une morbidité sévère parmi 4 987 patients vus au moins une fois dans la même période [Hessamfar et al. manuscrit en préparation]. Le taux d'incidence d'hospitalisations a diminué de près de la moitié, de 146 hospitalisations pour 1 000 Pa en 2000 à 69 hospitalisations pour 1 000 Pa en 2008. Une infection bactérienne non classant Sida était la raison la plus fréquente d'hospitalisation (16 %), suivie par un événement classant Sida (15 %), une pathologie psychiatrique (12 %) ou hématologique (8 %). Globalement, les taux d'hospitalisation ont diminué pour les événements classant Sida (de 46/1 000 Pa à 18/1 000 Pa), les infections bactériennes (39/1 000 Pa à 19/1 000 Pa) et les événements psychiatriques (27/1 000 Pa à 16/1 000 Pa) et doublé pour les événements cardiovasculaires (de 6 à 11/1 000 Pa). Une augmentation du taux d'hospitalisation pour les cancers non-Sida non hépatiques a aussi été observée.

Sida, infections opportunistes (InVS, FHDH ANRS CO4)

Depuis le début de l'épidémie, le nombre total de personnes ayant développé un Sida est estimé à environ 86 000 [8]. Parmi celles-ci, on estime à 38 600 le nombre de personnes vivantes fin 2011. La pneumocystose reste la pathologie inaugurale la plus fréquente (31 %). Dans FHDH, le pourcentage de nouveaux diagnostics de Sida était de 1,1 % en 2011 (soit 1 276 cas une fois extrapolés à la France entière). Environ un tiers de ces cas (32 %)

était diagnostiqué lors du premier recours. Chez les personnes suivies, le taux d'incidence du Sida était de 0,9 pour 100 Pa en 2011.

En 2011, dans FHDH ANRS CO4, les pathologies opportunistes les plus fréquentes après les pneumopathies bactériennes (incidence 7,5/1 000 Pa et 1,0/1 000 Pa d'infections récurrentes), sont la pneumocystose pulmonaire (1,7/1 000 Pa), les infections à cytomégalovirus (1,7/1 000 Pa), la tuberculose (1,5/1 000 Pa), la candidose œsophagienne (1,5/1 000 Pa), la toxoplasmose (0,9/1 000 Pa), la leuco-encéphalopathie multifocale progressive (0,6/1 000 Pa), et les infections à mycobactéries atypiques (0,4/1 000 Pa).

Cancers

L'étude ONCOVIH (ANRS – Cancéropole Île-de-France) a recensé les nouveaux diagnostics de tumeurs en 2006 en France chez les patients infectés par le VIH [19]. Par comparaison à la population générale, le taux standardisé de morbidité, a été estimé à 3,5 (IC à 95 % : 3,3 - 3,8) chez les hommes et 3,6 (IC 95 % : 3,2 - 4,0) chez les femmes, particulièrement augmenté chez les hommes de moins de 50 ans et les femmes de moins de 40 ans. L'incidence globale est de 14 pour 1 000 Pa, dont 61 % de cancers non classant Sida. Le rôle majeur de l'immunodéficience liée au VIH a été observé tant pour les cancers classant Sida que pour les cancers non classant Sida les plus fréquents (Hodgkin, poumon, foie) [20,21]. Pour le cancer du canal anal, ce sont le temps cumulé avec des CD4 inférieurs à 200/mm³ et une CV supérieure à 100 000 copies/mL qui sont associés à une augmentation du risque de survenue. Le risque de cancer du canal anal [22] a augmenté à l'ère de combinaisons antirétrovirales (risque relatif de 2,5 par rapport à la période avant 1996). Cela pourrait s'expliquer par un impact de l'immunodépression profonde sur le développement des lésions précancéreuses, associé à une meilleure survie des PVVIH, grâce aux antirétroviraux, ce qui laisse le temps aux lésions d'évoluer vers un cancer. Le risque est particulièrement élevé chez les HSH vivant avec le VIH, avec un risque relatif de 110 par rapport aux hommes de la population générale, mais aussi très significatif chez les femmes vivant avec le VIH, avec un risque relatif de 13 [22]. Ainsi, dans l'analyse préliminaire de la sous-étude ICube qui portait sur le suivi anal au sein de la cohorte VIHGY ANRS CO17, 9 % des femmes avaient une lésion de haut grade et 0,6 % (soit une femme de l'échantillon) un cancer du canal anal, et la proportion de portage d'HPV à haut risque était de 48 % au niveau du canal anal et de 26 % au niveau du col.

Pathologies cardiovasculaires

Dans la cohorte Aquitaine ANRS CO3, les causes de morbidité vasculaire comprenaient des myocardopathies ischémiques (32 %), des thromboses veineuses, des embolies pulmonaires et des hypertensions artérielles pulmonaires (27 %), des accidents ischémiques ou hémorragiques du système nerveux central (21 %), et enfin, d'autres causes – insuffisance cardiaque, mort subite, péricardite, artériopathie (20 %).

Chez les PVVIH, le risque de maladies cardiovasculaires, en particulier d'infarctus du myocarde dont l'incidence a été estimée à 1,24 pour 1 000 entre 2000 et 2006, est plus élevé que dans la population générale avec un risque relatif d'infarctus du myocarde de 1,4 chez les hommes et de 2,7 chez les femmes [23]. Dans une étude cas-témoins nichée dans FHDH, l'exposition cumulée aux IP était associée au risque d'infarctus du myocarde [24]. Dans cette étude [25], le risque d'infarctus était augmenté chez les personnes dont la CV n'était pas contrôlée, dont le nadir des CD4 était bas et dont le nombre de CD8 restait élevé, indépendamment de l'exposition aux antirétroviraux et des facteurs de risque traditionnels. Un IMC inférieur à 21 était aussi associé à un surrisque d'infarctus. Il n'existe pas d'étude permettant d'évaluer le risque potentiel associé à l'exposition au darunavir, et les résultats de l'étude internationale D : A : D sur l'absence d'association entre l'exposition à l'atazanavir et le risque d'infarctus du myocarde est à interpréter avec prudence en raison de la faible durée d'exposition à l'atazanavir.

Insuffisance rénale chronique

Dans la cohorte Aquitaine ANRS CO3 [26], la prévalence des stades 1 à 4 de maladie rénale (Stade 1 : anomalies biologiques permanentes (protéinurie) et/ou échographiques avec débit de filtration glomérulaire en mL/min/1,74 m² (DFG) \geq 90; stade 2 : DFG : 60-89; stade 3 : DFG : 30-59; stade 4 : DFG : 15-29) a été estimée à 19 %, 11 %, 5 % et 0,4 %, respectivement. Aucun patient n'a été diagnostiqué avec un stade 5 (DFG < 15 ou dialyse). Une dysfonction rénale tubulaire proximale a été diagnostiquée chez 6,5 % de patients [IC 95 % : 4,2 – 9,5 %]. Les facteurs significativement associés à la présence d'une dysfonction rénale tubulaire proximale étaient l'âge avancé, l'exposition à l'atazanavir (OR = 1,3 [1,04 - 1,6] par année d'exposition) ainsi que l'exposition au tenofovir (OR = 1,2 [1,02 - 1,5] par année d'exposition). Dans une étude plus récente au sein de la cohorte Aquitaine [27], l'incidence de la maladie rénale chronique a été estimée à 9,5 pour 1 000 Pa avec des facteurs de risque classiques (âge avancé, hypertension, diabète, hyperlipidémie...), des facteurs liés à l'infection par le VIH (stade Sida, nombre actuel de CD4 inférieur à 200/mm³) et des facteurs liés à l'exposition aux antirétroviraux, c'est-à-dire l'exposition de plus de 12 mois au tenofovir, en particulier en cas d'association avec un IP.

Santé mentale, troubles locomoteurs, déficit cognitif

Dans VESPA 2 Métropole, la présence d'un épisode dépressif majeur dans l'année mesuré par le questionnaire CIDI (Composite International Diagnostic Interview) concerne 13 % des personnes suivies, prévalence particulièrement élevée parmi les HSH (16 %) et les UDI (16 % parmi les hommes et 17 % parmi les femmes). De plus, 1,5 % des personnes déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois.

Les troubles locomoteurs ont été étudiés dans une étude transversale au sein de la cohorte Aquitaine ANRS CO3, 53 % des personnes avaient une performance déficitaire du test « five-times sit-to-stand », qui évalue la performance des extrémités inférieures [28]. Le délai depuis le diagnostic du VIH était associé à une performance locomotrice déficitaire. De plus, chez des personnes âgées de moins de 30 ans, un IMC élevé était associé à une meilleure performance. Chez des personnes âgées de plus de 70 ans, cette association était inversée.

La prévalence d'un trouble neurocognitif était de 60 % [IC 95 % : 54 % - 63 %] dans une étude transversale au sein de la cohorte Aquitaine ANRS CO3 (âge médian 47 ans) [29]. Dans cette étude la prévalence d'un trouble neurocognitif asymptomatique était de 21 % [IC 95 % : 17 % - 25 %] et d'un trouble neurocognitif léger de 31 % [IC 95 % : 26 % - 36 %]; 7 % des patients [IC 95 % : 4 % - 10 %] avaient une démence associée au VIH. Les facteurs indépendamment associés à un trouble neurocognitif symptomatique étaient un antécédent d'évènement neurologique classant Sida, un niveau d'étude bas, l'anxiété, des symptômes dépressifs et des antécédents de traumatisme cérébral. Ni les autres variables liées au VIH, ni les variables liées au traitement antirétroviral n'étaient associées à la présence de troubles neurocognitifs.

Des causes de mortalité toujours plus diverses (Mortalité 2010, FHDH ANRS CO4)

Dans FHDH ANRS CO4, le taux de décès était estimé à 0,7 pour 100 Pa en 2011. L'enquête Mortalité 2010 [30] a décrit la répartition des causes de décès en France en 2010 chez les PVVIH et leur évolution depuis 2000. Les 90 centres participants ont notifié 728 décès survenus en 2010. L'âge médian des patients était de 50 ans, 75 % étaient des hommes. Les principales causes initiales de décès étaient : Sida (25 % vs 36 % en 2005 et 47 % en 2000), cancer non-Sida non lié aux hépatites (22 % vs 17 % et 11 %), hépatopathie (11 % vs 15 % et 13 %), pathologie cardiovasculaire (10 % vs 8 % et 7 %), et infection non classant Sida (9 % vs 4 % et 7 %). Les cancers toutes catégories confondues représentaient au total un tiers des causes de mortalité.

Le Sida (36 %) et les infections non classant Sida (15 %) étaient les principales causes de décès dans les DOM. En 2010, le Sida ne représente plus qu'un quart des causes de décès des PVVIH, sauf dans les DOM où il représente plus d'un tiers des décès. La majorité des PVVIH décèdent désormais de causes diverses alors que leur infection VIH est contrôlée sous traitement.

Points forts

- Le nombre de personnes vivant avec le VIH en 2010 en France peut être estimé à 149 900. Parmi elles, 111 500 étaient connues et prises en charge, 9 600 étaient diagnostiquées mais non prises en charge et 28 800 ignoraient leur statut. Parmi ces dernières, on peut estimer que 59 % avaient un nombre de CD4 < 500/mm³.
- La diffusion de l'épidémie est toujours active, en particulier dans la population des HSH. Le nombre de nouveaux diagnostics actuels (6 100 en 2011) est insuffisant à faire diminuer la taille de la population qui ignore son statut vis-à-vis de l'infection par le VIH.
- Le nombre de patients pris en charge a augmenté de 11 % entre 2008 et 2011 passant de 102 000 à 113 600 et pourrait encore augmenter avec l'amélioration du dépistage et l'élargissement des recommandations de traitement.
- La prise en charge est trop tardive pour une proportion importante des personnes puisqu'une sur deux a un nombre de CD4 < 350/mm³ lors du premier recours à l'hôpital. Le nombre médian de CD4 à la mise au traitement est de 345/mm³ (EIQ : 218-465) en 2011. Il existe des disparités suivant les groupes de population et les régions : le diagnostic et la prise en charge sont plus tardifs dans les DOM, chez les femmes étrangères et chez les hommes hétérosexuels quelle que soit leur origine.
- Chez les personnes prenant un traitement antirétroviral depuis au moins 6 mois, l'objectif d'un nombre de CD4 > 500/mm³ est actuellement atteint chez 59 % alors que la charge virale est inférieure à 50 copies/mL dans 88 % des cas. Il y a des disparités selon les groupes de population et les régions. Le pourcentage de personnes sous traitement dont la charge virale est contrôlée est plus faible chez les hommes et femmes étrangères et dans les DOM. Le pourcentage de personnes sous traitement dont le nombre de CD4 est > 500/mm³ est beaucoup plus faible à Saint-Martin et en Guyane.
- La population prise en charge vieillit. Son risque de comorbidité augmente en raison de ce vieillissement et d'un risque majoré de maladies ne définissant pas le Sida : affections cardiovasculaires, pathologies métaboliques, insuffisance rénale, cancers non classant...
- Ce chapitre illustre l'importance de l'épidémiologie descriptive en santé publique, tant pour suivre l'épidémie que pour évaluer les besoins en soins. Grâce aux efforts de collecte et d'interprétation des données des COREVIH de l'InVS et des chercheurs, le dispositif actuel en France est performant.

Le groupe d'experts recommande :

- d'améliorer le dépistage de l'infection par le VIH en réduisant le délai entre contamination et diagnostic et en réduisant les inégalités de dépistage entre les différents groupes et les différentes régions pour permettre la mise sous traitement de toutes les personnes vivant avec le VIH, ce qui conduirait à une amélioration de la santé des personnes atteintes et permettrait d'espérer un meilleur contrôle de l'épidémie ;
- de veiller à l'articulation entre diagnostic et prise en charge, pour diminuer le nombre de personnes diagnostiquées et non prises en charge ;
- de réduire le nombre des personnes dont le suivi est irrégulier ou qui sont perdues de vue, en mettant en place des stratégies de rappel en cas de visites manquées ;
- de réduire les inégalités de prise en charge entre les différents groupes et les différentes régions, notamment en mettant en place des tableaux de bords, en sensibilisant les équipes et en établissant et évaluant des programmes visant à optimiser la cascade de la prise en charge ;
- de continuer et d'intensifier le monitoring de l'épidémie et de son contrôle, en particulier dans les groupes les plus touchés par l'épidémie (hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, usagers de drogues injectables, personnes originaires de pays de haute prévalence, population des DAF...), via la surveillance, les enquêtes transversales répétées et les études de cohorte.

RÉFÉRENCES

1. Le Vu S, Le Strat Y, Barin F et al. Population-based HIV-1 incidence in France, 2003-08: a modelling analysis. *Lancet Infect Dis* 2010 ; 10 : 682-7.
2. Ndawinz JD, Costagliola D, Supervie V. New method for estimating HIV incidence and time from infection to diagnosis using HIV surveillance data: results for France. *AIDS* 2011 ; 25 : 1905-13.
3. Le Vu S, Barin F, Le Strat Y et al. Estimations d'incidence de l'infection par le VIH pour les départements français d'Amérique. Réunion des associations, InVS. 20 novembre 2012. (http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/PDF/Le_Vu_assos_20121120.pdf) (consulté le 12 juin 2013)
4. Le Vu S, Velter A, Meyer L et al. Biomarker-based HIV incidence in a community sample of men who have sex with men in Paris, France. *PLoS One*. 2012; 7 : e39872.
5. Institut de veille sanitaire. Bulletin des réseaux de surveillance des Infections sexuellement transmissibles (IST) Rénago, Rénachla et RésiST. Données au 31 décembre 2011. 2012. (<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance>). (consulté le 12 juin 2013)
6. Saboni S, Beltzer N, et le groupe KABP. Vingt d'évolution des connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France métropolitaine. Enquête KABP, ANRS-Inpes-IReSP-DGS. *Bull Epidemiol Hebd* 2012; (46-47) : 525-529.
7. Velter A, Bouyssou A, Saboni L et al. Enquête Presse gays et lesbiennes 2011. Réunion des associations, 20 novembre 2012. Paris. (http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/PDF/EPGL_ReunionAssos_2012.pdf) (consulté le 12 juin 2013)
8. Cazein F, Pinget R, Lot F, Pillonel J, Le Strat Y, Sommen C et al. Découvertes de séropositivité VIH et sida – France, 2003-2011. *Bull épidémiol Hebd* 2013; (28-29) : 333-40.
9. Supervie V, Costagliola D. The Spectrum of Engagement in HIV Care in France : Strengths and Gaps. 20th CROI, Atlanta 2013. Abstract1030.
10. Gardner EM, Mclees MP, Steiner JF, Del Rio C, Burman WJ. The spectrum of engagement in HIV care and its relevance to test and treat strategies for prevention of HIV infection. *Clin Infect Dis* 2011 ; 52 : 793-800.
11. Donnell D, Baeten JM, Kiarie J et al. Heterosexual HIV-1 transmission after initiation of antiretroviral therapy : a prospective cohort analysis. *Lancet* 2010 ; 375 : 2092-8.
12. Baggaley RF, White RG, Hollingsworth TD, Boily MC. Heterosexual HIV-1 infectiousness and antiretroviral use: systematic review of prospective studies of discordant couples. *Epidemiology* 2013 ; 24 : 110-21.

13. Cohen MS, Chen YQ, Mccauley M et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med* 2011 ; 365 : 493-505.
14. Loutfy MR, Wu W, Letchumanan M et al. Systematic Review of HIV Transmission between Heterosexual Serodiscordant Couples where the HIV-Positive Partner Is Fully Suppressed on Antiretroviral Therapy. *PLoS One* 2013 ; 8 : e55747.
15. Vivre avec le VIH : Premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa2. *Bull Epidemiol Hebd* 2013 ; (26-27) ; 283-324.
16. Giami A, Beaubatie E, Le Bail J. Caractéristiques sociodémographiques, identifications de genre, parcours de transition médicopsychologiques et VIH/Sida dans la population trans. Premiers résultats d'une enquête menée en France en 2010. *Bull Epidemiol Hebd* 2011 ; (42) : 433-437
17. Chemlal K, Bouscaillou J, Jauffret-Roustide M et al. Offre de soins en milieu carcéral en France : infection par le VIH et les hépatites. Enquête Prévacar, 2010. *Bull Epidemiol Hebd* 2012 ; (10-11) : 131-134.
18. Semaille C, Le Strat Y, Chiron E et al. HIV and HCV prevalence among French prison inmates in 2010 : a challenge for public health policy. *Eurosurveillance* 2013 ; *sous presse*.
19. Lanoy E, Spano JP, Bonnet F et al. The spectrum of malignancies in HIV-infected patients in 2006 in France : The ONCOVIH study. *Int J cancer* 2011 ; 129 : 467-475.
20. Guiguet M, Boue F, Cadranet J et al. Effect of immunodeficiency, HIV viral load, and antiretroviral therapy on the risk of individual malignancies (FHDH-ANRS CO4) : a prospective cohort study. *Lancet Oncology* 2009 ; 10 : 1152-1159.
21. Bruyand M, Thiebaut R, Lawson-Ayayi S et al. Role of uncontrolled HIV RNA level and immunodeficiency in the occurrence of malignancy in HIV-infected patients during the combination antiretroviral therapy era : Agence nationale de recherche sur le Sida et les hépatites virales (ANRS) CO3 Aquitaine Cohort. *Clin Infect Dis*. 2009 ; 49 : 1109-16.
22. Piketty C, Selinger-Leneman H, Bouvier AM et al. The incidence of HIV-related anal cancer remains elevated despite long-term cART : Results from the French Hospital Database on HIV (FHDH-ANRS CO4 cohort). *J Clin Oncol* 2012 ; 30 : 4360-66.
23. Lang S, Mary-Krause M, Cotte L et al. Increased risk of myocardial infarction in HIV-infected patients in France, relative to the general population. *AIDS* 2010 ; 24 : 1228-1230.
24. Lang S, Mary-Krause M, Cotte L et al. Impact of individual antiretroviral drugs on the risk of myocardial infarction in HIV-infected patients : a case-control study nested within the FHDH ANRS Cohort CO4. *Arch Intern Med* 2010 ; 170 : 1228-1238.
25. Lang S, Mary-Krause M, Simon A et al. HIV replication and immune status are independent predictors of the risk of myocardial infarction in HIV-infected individuals. *Clin Infect Dis* 2012 ; 55 : 600-7.
26. Dauchy Fa, Lawson-Ayayi S, De La Faille R et al. Increased risk of abnormal proximal renal tubular function with HIV infection and antiretroviral therapy. *Kidney international* 2011 ; 80 : 302-9.
27. Morlat P, Vivot A, Vandenhende MA et al. Role of traditional risk factors and antiretroviral drugs in the incidence of chronic kidney disease, ANRS CO3 Aquitaine Cohort, France, 2004-2012. *Plos One* 2013 ; 8 : e66223.
28. Richert L, Dehail P, Mercie P et al. High frequency of poor locomotor performance in HIV-infected patients. *AIDS* 2011 ; 25 : 797-805.
29. Bonnet F, Amieva H, Marquant F et al. Cognitive disorders in HIV-infected patients : are they HIV-related ? *AIDS* 2013 ; 27 : 391-400.
30. Roussillon C, Henard S, Hardel L et al. Causes de décès des patients infectés par le VIH en France en 2010. Étude ANRS EN20 Mortalité 2010. *Bull Epidemiol Hebd* 2012 ; (46-47) : 541-45