

I. Indicateurs épidémiologiques de l'infection à VIH/sida en France

RÉSUMÉ

Plusieurs systèmes de surveillance, continus ou par enquêtes répétées, exhaustifs ou sur échantillon, permettent de suivre l'évolution de la prévalence du VIH et d'autres MST depuis 1985 en France, à la fois à un niveau national et régional, pour la population générale et des sous-groupes spécifiques de population. Les données issues de ces systèmes permettent de mesurer l'évolution du phénomène épidémiologique dans le temps et sont aussi le reflet des adaptations collectives et individuelles aux risques d'infection à VIH. Leur interprétation n'est toutefois pas toujours facile car les éléments susceptibles d'expliquer les tendances observées ne font pas l'objet d'un recueil systématique.

Les données fournies par la déclaration obligatoire des cas de sida, qui reflétaient avec un délai de plusieurs années la dynamique de l'épidémie, ont perdu de leur intérêt pour la surveillance depuis que les traitements antirétroviraux permettent d'éviter la survenue des pathologies définissant le stade sida. Le suivi des déclarations, aujourd'hui, reflète surtout les retards du dépistage et les difficultés d'accès aux soins.

Le nombre de tests VIH positifs dans les enquêtes portant sur l'activité de dépistage a fortement diminué entre 1989 et 1994. Depuis 1995, ce nombre évolue peu, mais reste décroissant. Cette relative stabilité est le marqueur de nouvelles infections et donc d'une épidémie active, en particulier chez les homo/bisexuels masculins et dans les populations originaires d'Afrique noire et des Caraïbes. Le profil des personnes découvrant leur séropositivité s'est modifié depuis 1989 : l'âge des sujets testés séropositifs a progressivement augmenté et une féminisation croissante a été enregistrée. La chute du nombre de toxicomanes et d'homosexuels, parmi les personnes découvrant leur séropositivité entre 1989 et 1997, s'est traduite par une forte augmentation de la proportion du nombre de contaminations par voie hétérosexuelle, responsable de la moitié des cas diagnostiqués dans les 13 régions du RESORS-VIH.

Les enquêtes chez les usagers de drogue ont montré une baisse de la prévalence du VIH qui semble aujourd'hui atteindre un palier dans ce sous-groupe. Ces tendances s'expliquent en partie par une diminution progressive, depuis 1988, du partage des seringues mais la réutilisation des seringues et le partage du reste du matériel d'injection demeurent importants. Ces pratiques contribuent au maintien, à un niveau élevé, de la prévalence du VHC. De plus, l'utilisation du préservatif, largement insuffisante compte tenu du risque, contribue à la transmission du VIH parmi les usagers de drogue et leurs partenaires sexuels.

Chez les détenus, parmi lesquels les usagers de drogue sont nombreux, les prévalences du VIH varient fortement selon les enquêtes. Ces différences peuvent s'expliquer par le fait que certains détenus ne souhaitent pas être dépistés à leur entrée en prison (la proposition doit leur en être faite systématiquement) tandis que d'autres ne déclarent pas leur séropositivité. Les niveaux de prévalence sont plus élevés chez les toxicomanes que chez les autres détenus.

La surveillance des autres MST fournit un indicateur complémentaire de l'évolution des pratiques préventives ; elle signale, en 1998, une recrudescence des gonococcies, plus forte en Île-de-France que dans les autres régions. L'augmentation des isolements ano-rectaux et la valeur élevée du sex ratio suggèrent que cette recrudescence concerne plus particulièrement les homosexuels, surtout en Île-de-France, même si la dernière enquête comportementale réalisée auprès de cette population en 1997 n'a pas enregistré de relâchement notable du *safer sex*. Tout aussi importante est l'augmentation du nombre de cas d'urétrite masculine enregistré dans 80 % des cas chez des patients hétérosexuels.

Au début des années 1980, la Direction générale de la santé mettait en place le système national de surveillance du sida, fondé sur la déclaration d'un cas clinique¹. Depuis le début de l'épidémie et au 30 juin 1998, 48 453 cas de sida ont été déclarés en France, dont environ 60 % sont décédés. Ainsi, au premier semestre 1998, le nombre de personnes vivantes, atteintes de sida, était estimé entre 19 500 et 21 500.

Le nombre de nouveaux cas de sida a enregistré une diminution brutale au second semestre de 1996 (- 31 % entre les deux semestres de 1996). Cette baisse se poursuit mais à des taux de plus en plus faibles : elle est de - 6 % entre le second semestre 1997 et le premier semestre 1998. La diminution des décès par sida est plus importante (- 27 %), expliquant que le nombre de personnes vivantes au stade sida de la maladie continue d'augmenter.

Les homosexuels représentent 29 % des cas de sida diagnostiqués au cours du premier semestre 1998. Le nombre de nouveaux cas de sida continue de diminuer dans ce groupe (- 15 % entre le second semestre 1997 et le premier semestre 1998). La baisse est moins importante chez les personnes contaminées par voie hétérosexuelle (- 7 %) ; ce groupe de transmission représente 35 % des cas diagnostiqués. Ainsi, pour la première fois depuis le début de l'épidémie, le nombre de nouveaux cas diagnostiqués chez les hétérosexuels est supérieur à celui diagnostiqué chez les homosexuels. Enfin, après une forte baisse comparable à celle observée chez les homosexuels, le nombre de nouveaux cas de sida est resté stable chez les usagers de drogues injectables entre le second semestre 1997 et le premier semestre 1998.

Le nombre de patients développant un sida sans connaître leur séropositivité au moment du diagnostic ne diminue que très faiblement depuis 1994. Cette diminution ne s'est pas accélérée avec l'arrivée, en 1996, des nouveaux traitements contre le sida. Les dépistages tardifs concernent davantage les personnes hétérosexuelles alors que la baisse du nombre de nouveaux cas de sida est plus importante chez les homosexuels/bisexuels et chez les usagers de drogues. Cela s'explique, en partie, par le fait que ces personnes ne se sont jamais considérées comme exposées au risque d'infection à VIH et n'ont donc pas eu recours au test de dépistage. L'information sur l'efficacité des nouveaux traitements n'a eu aucun impact sur leur comportement.

Avec respectivement 116 et 100 cas de sida déclarés par million d'habitants entre juillet 1997 et juin 1998, la région Antilles-Guyane et l'Île-de-France restent les régions les plus touchées par l'épidémie.

Les données de surveillance du sida ont été d'un grand intérêt pour comprendre l'étiologie et les modes de transmission de la maladie, pour planifier les ressources nécessaires à la prise en charge des malades et définir les actions de prévention en direction du public. Elles sont néanmoins vite apparues insuffisantes et ont été complétées, vers la fin des années 1980, par de nombreuses enquêtes sur l'infection à VIH. Ces études ont permis de suivre l'activité de dépistage en France, de décrire les caractéristiques des personnes venant de découvrir leur séropositivité, d'adapter la politique de dépistage et de faire des hypothèses sur l'évolution des contaminations des différents groupes de population. Ces nouvelles données reposent sur un ensemble de structures dont font partie les labo-

¹ Voir *fiche n° 1* pour les repères méthodologiques et les références.

ratoires publics et privés (réseau RENAVI), les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), les établissements de transfusion sanguine (ETS) et les médecins généralistes (réseau Sentinelles).

L'infection à VIH en France : principales tendances et caractéristiques

Dans la population générale

Ces résultats ont été obtenus à partir des études mises en place sur l'activité des laboratoires publics et privés, réseau RENAVI (*fiche n° 2*), l'activité des Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (*fiche n° 3*), le dépistage des dons de sang (*fiche n° 4*) et l'activité des médecins généralistes (réseau Sentinelles, *fiche n° 5*). Les données régionales sont issues du Réseau des ORS pour la surveillance du dépistage de la contamination par le VIH (RESORS-VIH, *fiche n° 6*) et du Groupement d'Epidémiologie Clinique sur le Sida en Aquitaine (GECSA, *fiche n° 7*).

Les proportions de tests positifs sont en constante diminution, rapide jusqu'en 1995, plus lente par la suite

En 1997, les laboratoires du réseau RENAVI ont testé plus de 3 millions de sérums. Le nombre de tests positifs a été estimé à 10 067. Ce nombre est supérieur au nombre réel de sujets venant de découvrir leur séropositivité car il n'est pas possible d'identifier les personnes qui ont été testées plusieurs fois. Seule une sérologie sur deux concernerait un sujet nouvellement dépisté, ce qui correspondrait à une détection d'environ 5 000 nouveaux cas en 1997. Ceux-ci ne peuvent pas tous être assimilés à un nombre de contaminations récentes car bien que l'intervalle moyen qui sépare la contamination du dépistage diminue, une part des dépistages correspond encore à des sujets contaminés depuis plusieurs années.

Le nombre annuel de tests positifs a diminué de 59 % entre 1989 et 1997. Pendant la période où le nombre de tests réalisés a augmenté (de 1989 à 1994), le taux de séropositivité a diminué (de 0,97 % à 0,31 %). Cette baisse ne peut donc pas s'expliquer par une diminution du recours au dépistage en France. Le taux de séropositivité évolue peu depuis 1995 : il est passé de 0,30 % à 0,28 % entre 1995 et 1997.

Ces tendances sont confirmées par les données issues du dispositif gratuit de dépistage VIH. Dans les CDAG, la proportion de tests positifs est passée de 4,6 % à 0,52 % entre 1988 et 1997. Cette décroissance est plus modérée depuis l'année 1994 mais elle persiste malgré une relative stabilisation du nombre de tests. Le pourcentage de tests positifs est plus élevé dans les CDAG que dans le réseau RENAVI, le dispositif gratuit semble attirer une population plus à risque que les autres structures de dépistage.

Chez les donneurs de sang, la prévalence du VIH a régulièrement baissé entre 1992 et 1996, chez les nouveaux (2,9 pour 10 000 donneurs en 1992 à 1,1 pour 10 000 donneurs en 1996) comme chez les anciens donneurs (0,5 pour 10 000 donneurs en 1992 à 0,2 pour 10 000 donneurs en 1996). La prévalence

chez les donneurs connus a été inférieure à celle des nouveaux donneurs sur l'ensemble de la période 1992-1996.

Au final, en se fondant sur les analyses faites par l'InVS (ex-RNSP), la proportion de tests positifs dans le dispositif général métropolitain, hors dons de sang, a pu être estimée à 2,6/1 000 tests en 1997.

La diminution du pourcentage de sérologies positives s'explique en partie par l'augmentation de l'activité de dépistage hors dons de sang, notamment jusqu'en 1993, qui s'est étendue vers une population moins exposée. Chez les donneurs de sang, elle est le reflet de l'exclusion progressive et définitive des porteurs du virus dans la population des donneurs connus au fur et à mesure de leur dépistage. La diminution plus forte chez les hommes que chez les femmes observée chez les donneurs de sang s'explique par la sélection des donneurs qui conduit à la diminution du nombre d'homosexuels alors que les femmes infectées par voie hétérosexuelle, qui n'ont pas forcément connaissance de leur statut VIH, sont plus difficiles à identifier lors de l'entretien préalable au don.

Malgré une féminisation croissante, les nouveaux séropositifs sont essentiellement des hommes, et sont de plus en plus âgés

En 1997, 70 % des dépistés séropositifs dans le réseau RENAVI étaient des hommes. Pour la même année, le sex ratio dans les CDAG était de 2,8 hommes séropositifs pour une femme. Cependant, le sex ratio des personnes dépistées positives tend à diminuer au fil des années, ce qui veut dire que la proportion de femmes dépistées séropositives augmente.

On observe un vieillissement, au cours du temps, des sujets séropositifs dépistés dans les différents systèmes. Dans le réseau RENAVI, l'âge médian des sujets testés séropositifs est passé, pour les hommes, de 31,8 ans en 1989 à 35 ans en 1997 et pour les femmes de 29,5 ans en 1989 à 32 ans en 1997. Quelle que soit l'année, les femmes ont en moyenne 3 ans de moins que les hommes. La proportion de patients de moins de 30 ans diminue chaque année depuis 1989 (*figure I.1*). Entre 1996 et 1997, on a surtout observé une augmentation de la proportion de patients de plus de 35 ans.

Un mode de contamination de plus en plus souvent hétérosexuel

Le RESORS-VIH est un système de surveillance du VIH regroupant 13 régions et fonctionnant sous la coordination de l'ORS Aquitaine. Il permet notamment de connaître, pour ces régions, le mode de contamination des personnes qui découvrent leur séropositivité.

En 1997, la moitié des découvertes de séropositivité dans les régions du RESORS-VIH a concerné des personnes contaminées lors de relations hétérosexuelles. Cette proportion était particulièrement élevée en Guyane (94,4 %) et en Picardie (75,0 %). Elle était plus faible en Provence-Alpes-Côte d'Azur (44,8 %).

Quelques particularités régionales sont toutefois à noter. Contrairement aux autres régions, le premier mode de contamination des personnes apprenant leur séropositivité en Pays de la Loire et en Poitou-Charentes étaient les relations homo ou bisexuelles (respectivement 43,9 % et 57,1 %). Leur proportion était significativement plus importante que dans l'ensemble des régions du RESORS-

VIH (28,4 %). À l'opposé, en Guyane (3,7 %) et en région PACA (24,3 %), la proportion de personnes contaminées lors de relations homo ou bisexuelles était plus faible que l'ensemble du RESORS-VIH. Enfin, si dans l'ensemble des régions, 11 % des personnes ont été contaminées suite à une toxicomanie intraveineuse, cette proportion est significativement plus élevée en Provence-Alpes-Côte d'Azur (16,8 %).

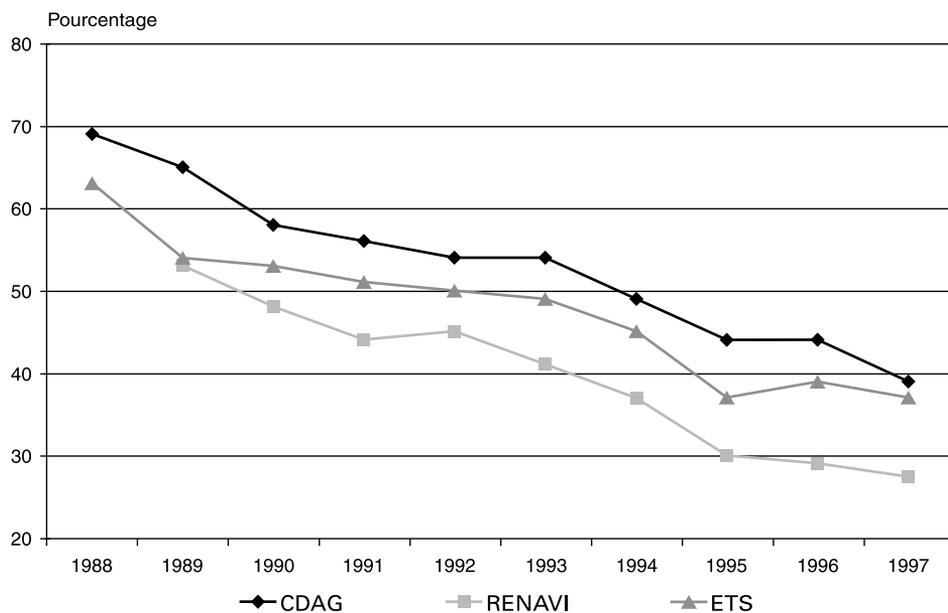


Figure I.1
Évolution de la proportion des moins de 30 ans parmi l'ensemble des séropositifs dépistés dans les CDAG, RENAVI et les ETS entre 1988 et 1997

D'une manière générale, il faut rappeler que c'est la chute du nombre de toxicomanes et d'homosexuels parmi les personnes découvrant leur séropositivité entre 1989 et 1997 qui est à l'origine de la forte augmentation de la proportion de personnes contaminées par voie hétérosexuelle. Par exemple, en Aquitaine en 1989, les principaux modes de contamination des personnes qui découvraient leur séropositivité étaient la toxicomanie intraveineuse (34,5 % des cas) et l'homosexualité masculine (32,4 %, *figure I.2*). L'hétérosexualité ne représentait que 16,5 % des cas. En 1997, plus de la moitié des personnes découvrant leur séropositivité ont été contaminées par voie hétérosexuelle. Sur l'ensemble de la période 1989-1997, cette proportion est de 26 %. La toxicomanie intraveineuse n'est plus le mode de contamination que de 6,8 % des personnes qui découvrent leur séropositivité en 1997. La proportion de personnes contaminées lors de relations homosexuelles est de 34,6 % parmi les séropositifs diagnostiqués en 1997, peu différente de celle observée sur l'ensemble de la période (31,8 %).

La chute de la proportion de toxicomanes parmi les personnes découvrant leur séropositivité correspond à une baisse importante du nombre absolu des cas diagnostiqués en Aquitaine : plus de 250 en 1989, moins de 20 en 1997 (*figure I.2*). Le nombre de personnes découvrant leur séropositivité et contami-

nées lors de relations homosexuelles a également diminué, passant d'environ 230 en 1989 à moins de 100 en 1997. Cette évolution est identique à celle de l'ensemble des cas, ce qui explique que la part de l'homosexualité parmi les personnes découvrant leur séropositivité soit la même entre 1989 et 1997. À l'inverse, le nombre de personnes découvrant leur séropositivité et contaminées par relations hétérosexuelles est le même en 1989 et 1997 (autour de 120), ce qui explique la forte augmentation du pourcentage d'hétérosexuel(le)s parmi les personnes apprenant leur séropositivité.

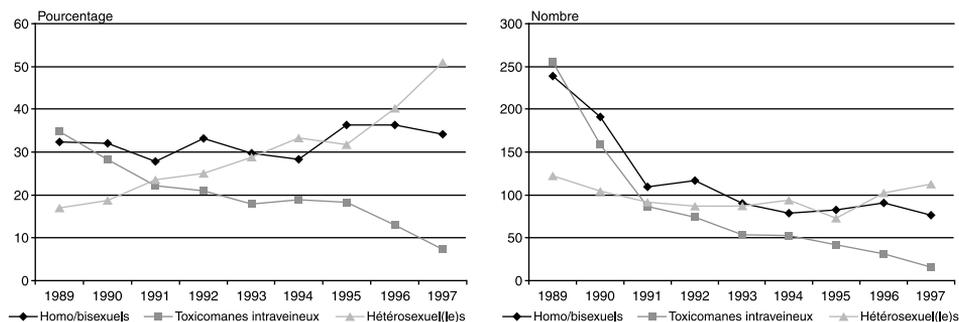
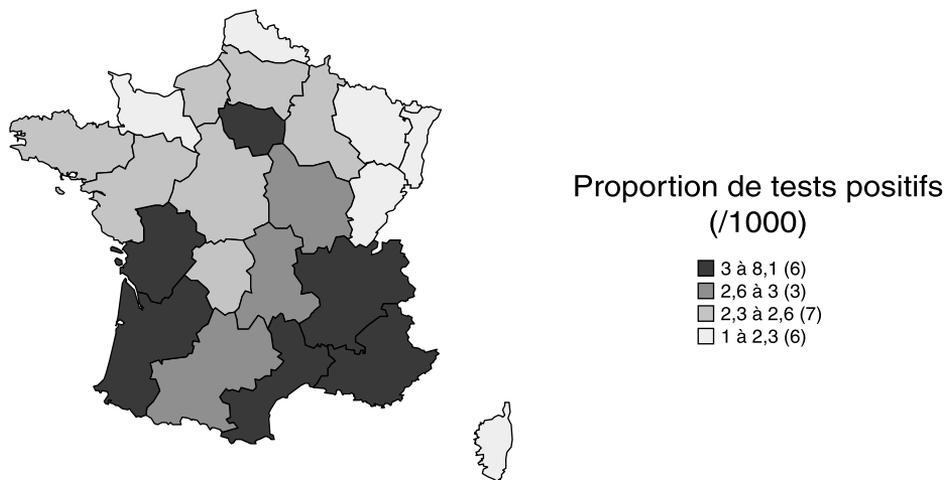


Figure I.2

Répartition par mode de contamination des personnes âgées de 5 ans et plus ayant découvert leur séropositivité en Aquitaine entre 1989 et 1997, en pourcentage et en nombre (source : RESORS-VIH, 1998)

Les résultats globaux cachent de fortes disparités régionales

Les proportions de tests positifs varient fortement d'une région à l'autre. En 1997, dans les CDAG, la proportion de tests positifs variait de 1/1000 en Franche-Comté à 8,1/1 000 en Île-de-France (carte I.1).



Carte I.1

Proportion de tests positifs pour l'ensemble du dispositif gratuit en 1997 par région française métropolitaine

En France métropolitaine, trois régions sont particulièrement touchées : l'Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et l'Aquitaine. Il existe dans cette dernière région, depuis 1987, un système d'information hospitalier de l'infection à VIH qui porte sur les sujets séropositifs pris en charge au sein du CHU de Bordeaux et de 4 centres hospitaliers généraux de la région Aquitaine (le Groupement d'épidémiologie clinique sur le sida en Aquitaine, GECSA). Durant la période 1993-1995, ce système a repéré 686 personnes dépistées VIH⁺ : 521 hommes et 165 femmes (sex ratio : 3,16). Au moment du diagnostic, 73 % des hommes étaient âgés de 30 ans et plus contre 54 % des femmes. Un comportement à risque était le motif de prescription du test conduisant au diagnostic dans 54 % des cas, suivi par une symptomatologie évocatrice pour 26 %. Près d'un tiers des sujets nouvellement diagnostiqués étaient inclus au stade symptomatique de la maladie du VIH, dont 61 % présentaient un sida avéré.

Parmi les sujets diagnostiqués VIH⁺ pendant la période 1993-1995 dans cette même enquête, 29 % ont mentionné un test négatif antérieur. Ces sujets présentaient un profil clinique et épidémiologique particulier par rapport aux sujets qui avaient découvert leur séropositivité au premier dépistage. On notait une proportion plus élevée de sujets âgés de moins de 30 ans et de sujets homo/bisexuels (53 % *versus* 33 %) ; la découverte de la séropositivité se faisait aussi plus souvent à un stade asymptomatique de la maladie. Ces personnes constituent un groupe qui ne semble pas se soustraire à l'exposition malgré la remise d'un premier résultat négatif de test de dépistage. Leur fréquentation répétée des structures de dépistage pourrait toutefois entraîner la découverte de la séropositivité à un stade peu évolué de l'infection et ainsi favoriser une prise en charge médicale précoce.

Évolution de la population séropositive en France

La taille de la population séropositive avait pu être estimée autour de 110 000 personnes fin 1995 par une modélisation mathématique². Cette population était estimée relativement stable au début des années 1990 car les décès de personnes atteintes et les nouvelles contaminations étaient estimées du même ordre de grandeur. Depuis l'avènement des nouvelles stratégies thérapeutiques, on peut penser que la population des personnes séropositives s'accroît compte tenu de la baisse importante de la mortalité et d'une certaine stabilité des dépistages positifs. Une estimation plus précise de la dynamique de l'infection VIH est aujourd'hui en cours au sein de l'Action Coordonnée 23 de l'ANRS.

Chez les femmes enceintes : l'enquête PREVAGEST

L'enquête PREVAGEST a pour objectif d'étudier l'évolution de la prévalence VIH dans une population de femmes enceintes. Elle a eu lieu tous les deux ans de 1991 à 1997, en région parisienne sous la direction du Centre Européen pour la Surveillance Épidémiologique du Sida et depuis 1992 en Provence-Alpes-Côte d'Azur sous la direction de l'Observatoire Régional de la Santé (*fiche n° 8*).

² L'infection VIH en France : quelques données. *BEH*, 1996, 47.

Les femmes ayant une IVG/ITG restent plus infectées

Entre 1991 et 1997, la prévalence VIH globale est restée stable en Île-de-France comme en Provence-Alpes-Côte d'Azur (*figure 1.3*). Depuis l'enquête de 1993 en Île-de-France, la prévalence est un peu plus élevée dans cette région qu'en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Chaque année la prévalence du VIH parmi les femmes ayant eu une interruption volontaire de grossesse ou une interruption thérapeutique de grossesse (IVG/ITG) a été plus élevée que celle des accouchées. Pour ces femmes, les taux observés dans chaque région sont très proches. Le taux élevé pour les IVG/ITG s'explique, en partie, par le lien entre la connaissance, antérieure à l'enquête, de la sérologie positive et la décision d'interrompre une grossesse. Ces prévalences élevées devraient inciter à proposer systématiquement un dépistage VIH à toute femme venant pour une IVG ne connaissant pas son statut sérologique récent. Or les résultats des enquêtes conduites parmi les gynéco-obstétriciens de tous les établissements participant aux enquêtes ont révélé qu'en Île-de-France, en 1997, plus de 97 % d'entre eux font un dépistage VIH de routine à une femme désirant poursuivre sa grossesse mais qu'ils ne sont que la moitié à le proposer à une femme désirant l'interrompre. Ces chiffres étaient semblables à ceux enregistrés en Provence-Alpes-Côte d'Azur en 1996 (respectivement 89 % et 54 %).

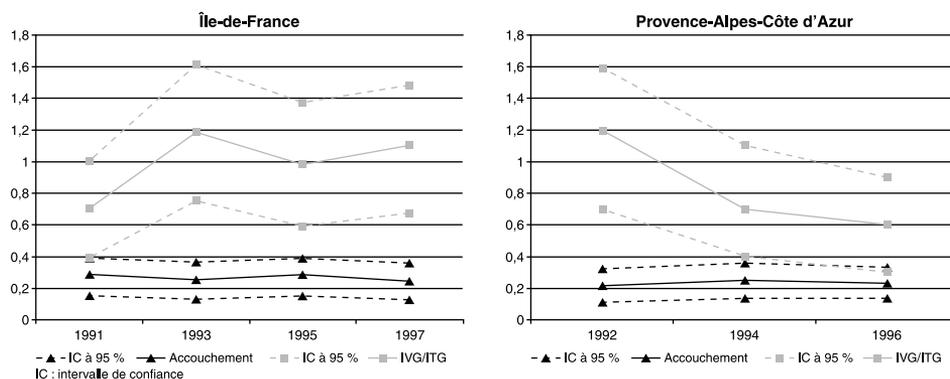


Figure 1.3
Prévalence du VIH par terminaison de grossesse et par année PREVAGEST
en Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur (en %)

Comme dans d'autres systèmes de surveillance, l'âge des femmes séropositives a augmenté

En Île-de-France, l'âge moyen des femmes VIH positives a augmenté, de 27,7 ans [26,6-28,8] à 30,8 ans [29,4-32,2], plus que celui des femmes VIH négatives, de 29 ans [28,9-29,1] à 29,9 ans [29,8-30,0]. La prévalence VIH n'a augmenté, entre 1991 et 1997, de façon significative que chez les femmes de plus de 35 ans (de 0,05 % en 1991 à 0,62 % en 1997). L'augmentation de l'âge des femmes séropositives a été observée dans d'autres systèmes de surveillance du VIH.

Les femmes nées en Afrique sub-saharienne sont significativement plus infectées

Le pays de naissance a été demandé à partir de 1993. En Île-de-France, la population née hors de France est plus diverse quant à ses origines géographiques qu'en Provence-Alpes-Côte d'Azur, et permet de comparer les taux de prévalence en fonction de grandes régions de naissance. Chaque année, les prévalences VIH des femmes nées dans l'un des pays du Maghreb ont été proches de celles des femmes nées en France métropolitaine (*figure 1.4*). À l'exception de 1995, les prévalences VIH des femmes nées dans les Caraïbes étaient plus élevées que celles des femmes nées en France métropolitaine. De même, chaque année, la prévalence du VIH parmi les femmes nées en Afrique sub-saharienne a été significativement plus élevée que celle des femmes nées en France métropolitaine : 4,3 fois plus en 1993, 8,4 fois plus en 1995 et 7,9 fois plus en 1997. Ces prévalences élevées sont peut être le reflet de celles observées dans les pays de cette région mais sont sans doute influencées par les contextes de l'immigration et les modes de vie en France. Elles indiquent au moins en partie une diffusion plus rapide du VIH dans les communautés originaires des régions du monde les plus touchées.

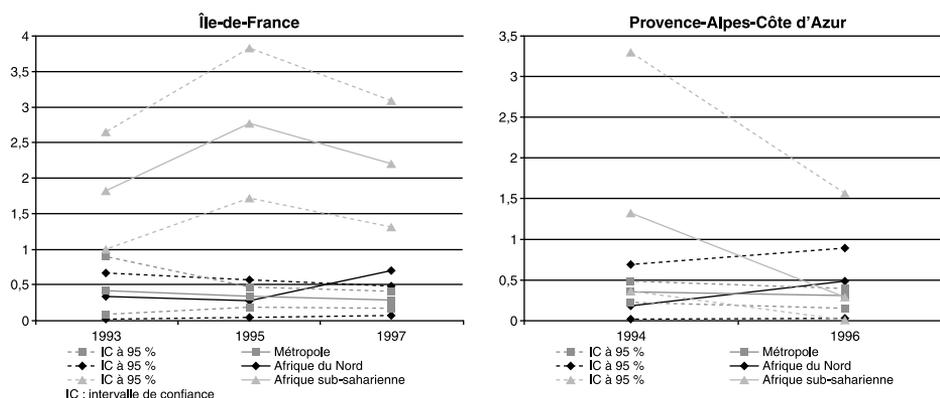


Figure 1.4
Prévalence par pays/région de naissance et par année PREVAGEST Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur (en %)

Prévention de la transmission verticale (*fiche n° 8 bis*)

Depuis 1994, à la suite de l'essai franco-américain ACTG 076/ANRS 024, la zidovudine a été prescrite à 90 % des femmes enceintes³, réduisant ainsi fortement le taux de la transmission verticale dans les pays industrialisés. La raison de non-prescription était essentiellement l'arrivée tardive dans la maternité pour les grossesses non suivies ; les refus étaient exceptionnels. Le pourcentage des femmes traitées est resté stable depuis 1994. Le taux de transmission a ainsi été réduit de 20 % à 6 % dans la cohorte française comme dans diverses cohortes étrangères.

³ Traitement de la femme enceinte par la zidovudine dès la 14^e semaine de grossesse, à l'accouchement par perfusion puis de l'enfant jusqu'à 6 semaines.

Plus récemment une méta-analyse, à laquelle ont participé toutes les cohortes ayant inclus plus de 100 couples mère-enfant, a permis de montrer que le taux de transmission verticale était plus bas en cas d'accouchement par césarienne avant tout début de travail et à membranes intactes, que dans les autres modes d'accouchement⁴. Ce résultat a été confirmé par un essai européen⁵. Le pourcentage de césarienne est ainsi passé de 14 % en 1994 à 44 % en 1998 en France ; le taux de transmission verticale se situe, dans ce cas, aux alentours de 3 %. De nouvelles recommandations sont en cours d'élaboration sur les combinaisons thérapeutiques optimales tenant compte des avancées récentes et des risques à plus long terme pour l'enfant.

À mesure de la diffusion du dépistage de l'infection à VIH, la proportion de femmes apprenant leur séropositivité à l'occasion de leur grossesse a diminué. Cette proportion ne peut être appréhendée qu'à partir des données de l'Enquête Périnatale Française mise en place en 1985. Cette enquête qui porte sur des femmes séropositives ayant accouché et leurs enfants, indique que le pourcentage de femmes qui connaissaient leur séropositivité avant la grossesse a été en constante augmentation : on est passé de 7 % en 1986, à 70 % en 1998.

Le suivi des femmes de la cohorte SEROCO pendant une période médiane de 36 mois après le diagnostic de séropositivité a montré une forte réduction de la probabilité de conception après la connaissance de la séropositivité. Le taux de conception passe ainsi de 20 % durant l'année précédant le dépistage de la séropositivité à 8 pour 100 personnes années après. Après le diagnostic de leur séropositivité, 80 % des femmes étaient sexuellement actives : 61 % d'entre elles utilisaient systématiquement des préservatifs mais 21 % ne prenaient aucune précaution contraceptive ; 24 % des femmes ont été enceintes au cours de la période de suivi. La proportion de grossesses menées à terme passe de 71 % avant le diagnostic de séropositivité à 29 % ensuite. Ces chiffres concernaient essentiellement des femmes d'origine française, contaminées par injection de drogues intraveineuses ou par voie sexuelle. Le retentissement de la séropositivité sur la fécondité diffère selon les femmes : la fécondité des femmes africaines ne semble pas être affectée par la découverte de la séropositivité, surtout si elles n'ont pas déjà au moins 2 enfants alors que les grossesses deviennent moins fréquentes après découverte de la séropositivité chez les autres femmes. Ces données portent sur la période précédant les innovations thérapeutiques majeures introduites en 1994 pour la transmission mère-enfant et depuis 1996 avec les antiprotéases. Il est possible que tant la fécondité que le taux de grossesses menées à terme aient augmenté depuis, mais aucune donnée n'est encore disponible.

Chez les militaires français

Les armées disposent de deux systèmes de surveillance épidémiologique : le système de Recueil et Exploitation des Données Épidémiologiques des Armées et le système de Surveillance Épidémiologique Hebdomadaire (*fiche n° 9*).

⁴ The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1 : a meta-analysis of 15 prospective cohort studies. The International Perinatal HIV Group. *N Engl J Med.* 1999 Apr 1 ; 340 (13) : 977-87.

⁵ Elective caesarean-section versus vaginal delivery in prevention of vertical HIV-1 transmission : a randomised clinical trial. The European Mode of Delivery Collaboration. *Lancet.* 1999 Mar 27 ; 353 (9158) : 1035-9.

La population concernée était constituée en 1996 de 500 000 personnes : 200 000 appelés faisant leur service militaire et 300 000 militaires de carrière, en majorité de sexe masculin. Entre 1990 et 1996, l'incidence annuelle des cas de séropositivité est passée de 0,43 pour mille à 0,14 pour mille. Sur les 71 contaminations enregistrées en 1996, 29 étaient liées à un séjour outre-mer situant l'incidence annuelle à 0,72 pour mille pour l'outre-mer *versus* 0,09 pour mille pour la métropole.

Le service des armées attribue cette baisse aux campagnes de sensibilisation réalisées en 1986, 1988, 1992 et 1995, aux séances d'éducation pour la santé, et à la distribution gratuite de préservatifs depuis 1986 aux militaires affectés outre-mer, et depuis 1994 pour tous les appelés.

Chez les consultants MST : l'enquête PREVADAV

PREVADAV a pour objectif d'étudier l'évolution de la prévalence du VIH chez les patients consultant pour suspicion de maladie sexuellement transmissible (MST) dans les dispensaires antivénéériens (DAV). L'étude a lieu tous les deux ans depuis 1993 sous la responsabilité de l'unité 292 de l'INSERM (*fiche n° 10*).

Baisse de la prévalence du VIH chez les homo/bisexuels et les hétérosexuels non originaires d'Afrique noire ou des Caraïbes

Quel que soit le groupe de transmission, les prévalences du VIH restent plus élevées à Paris que dans les autres villes. Chez les hommes, la prévalence du VIH à Paris n'a cessé de baisser (de 9,9 % en 1991 à 5,4 % en 1997). La même tendance est observée chez les homo/bisexuels (de 35,2 % en 1991 à 23,2 % en 1997) et les hétérosexuels non originaires d'Afrique noire ou des Caraïbes (de 2,0 % à 0,0 %). La prévalence est stable et élevée chez les hétérosexuels originaires d'Afrique noire ou des Caraïbes (3,6 % en 1991 à 3,3 % en 1997). Malgré la faiblesse des effectifs, les mêmes tendances semblent se dégager en province.

Lors de l'enquête de 1997 à Paris, la prévalence globale chez les femmes était inférieure à celle des hommes (1,7 % contre 5,4 %) ; les femmes originaires d'Afrique noire et des Caraïbes restaient plus infectées que celles nées ailleurs (4,6 % contre 0,5 %). Entre 1991 et 1997, on observe une stabilité des prévalences quelle que soit l'origine géographique.

Au total, 70 % des patients VIH⁺ de l'étude 1997 étaient des hommes homo/bisexuels et 27 % étaient nés en Afrique noire.

Le dépistage du VIH continue à se diffuser dans cette population de patients consultant pour MST : la proportion de patients déclarant avoir déjà effectué au moins un test était de 73 % en 1997.

L'estimation de la fréquence des contaminations dans le groupe des patients ayant rapporté un test négatif dans les deux années précédant l'inclusion et se déclarant homo/bisexuels est passée de 9 % jusqu'en 1995 à 5,8 % en 1997. Elle est stable chez les hétérosexuels d'Afrique noire ou des Caraïbes (autour de 2 %).

Ces données ne mettent pas en évidence une flambée de l'épidémie de VIH en France mais la stabilité des prévalences, marqueur reconnu de la persistance de nouvelles contaminations, indique que le problème reste important dans certains sous-groupes de population.

Chez les usagers de drogue

Plusieurs études permettent de suivre l'évolution de l'infection à VIH chez les toxicomanes. Parce qu'elles concernent le plus souvent des populations très différentes, elles sont traitées séparément. Ces études sont présentées dans les *fiches n° 11, 12, 13 et 14*.

Les résidents des Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes avec Hébergement (CSSTH)

Au premier semestre 1998, les CSSTH ont accueilli 2 096 toxicomanes. Le nombre de résidents a quasiment doublé entre le 2^e semestre 1993 (1 071) et le 1^{er} semestre 1998 (2 096). Environ deux tiers des résidents sont des hommes et le groupe d'âge le plus représenté est celui des 15-29 ans.

La durée médiane de toxicomanie variait de 8 à 10 ans pour les hommes selon les semestres, et de 7 à 8 ans pour les femmes. La proportion de résidents ayant utilisé des produits par voie injectable dans leur vie a progressivement diminué au cours du temps, passant de 91 % en 1993 à 80 % en 1998. L'année d'entrée dans la toxicomanie précède généralement l'année de première injection de 1 à 3 ans pour les deux sexes.

La prévalence de l'infection à VIH parmi les résidents ayant déclaré leur statut sérologique était de 12 % (11,2 % pour l'ensemble des résidents et 13,6 % pour les injecteurs qui représentent 80 à 90 % des résidents selon les années). La prévalence de l'infection à VIH parmi les résidents a baissé de façon constante entre 1993 et 1995 passant de 21 % à 12 % pour ensuite se stabiliser à ce niveau les semestres suivants. La même tendance a été observée chez les injecteurs (22,2 % en 1993, autour de 13 % depuis 1995) tout en restant légèrement supérieure. La proportion d'injecteurs ayant un résultat de test « incertain » pour le VIH (soit parce qu'ils ont déclaré avoir été testés séronégatifs plus de 12 mois avant l'entrée en CSSTH ou à une date inconnue, soit parce qu'ils ont déclaré ne jamais avoir été testés ou ignorer le résultat du test) a diminué de 39 % (1993) à 26 % (1995) et a réaugmenté par la suite jusqu'à 38 % (1998).

L'âge médian des résidents séropositifs était de 33 ans en 1998 ; il a augmenté au cours du temps (30 ans en 1993). La prévalence du VIH est légèrement plus élevée chez les femmes que chez les hommes (12,9 % contre 10,9 % en 1998). Un des facteurs pouvant expliquer cette différence est le fait que les femmes toxicomanes ont une probabilité plus élevée d'avoir un partenaire masculin lui-même toxicomane que les hommes toxicomanes d'avoir une partenaire consommatrice de drogues. De plus, diverses études indiquent que les femmes auraient davantage de rapports non protégés que les hommes.

Parmi les usagers injecteurs dont la date de première injection est connue, on constate que plus la date de première injection est récente, plus la proportion de séropositivité déclarée est faible. La proportion de séropositifs au VIH se situe aux alentours de 30 % pour ceux qui ont utilisé de la drogue injectable pour la première fois au début des années 1980 (1981-1983) et aux alentours de 4 % pour ceux dont la date de première injection était située entre 1990 et 1992.

La baisse de la prévalence au cours des années 1993-1995 a été expliquée notamment par des changements dans les modes d'administration de produits (moins d'injecteurs), l'arrêt de la toxicomanie et la mortalité élevée des toxicomanes séropositifs. Mais la stabilité enregistrée depuis 1996 témoigne de l'exis-

tence de nouvelles contaminations chez les moins de 25 ans et les injecteurs récents.

Enquête auprès des usagers de drogues fréquentant les Programmes d'Échange de Seringues (PES) une semaine donnée (mars 1998)

743 des 1 004 répondants (74 %) à cette enquête étaient des hommes, avec un niveau d'instruction assez faible (78 % avaient arrêté leur scolarité avant le baccalauréat). Près des deux tiers avaient des antécédents d'incarcération.

La durée moyenne de la toxicomanie était de 11 années. 76 % des participants ont déclaré s'injecter plus d'une fois par jour.

Le Subutex® était le produit le plus consommé (70 % des participants), suivi de l'héroïne et de la cocaïne (respectivement 51 % et 48 %).

Une grande majorité des participants avait fait un test de dépistage VIH (92 %). Parmi les sujets testés, 19,2 % ont déclaré être séropositifs. Les femmes étaient plus souvent séropositives que les hommes (23,5 % *versus* 17,6 %). La séropositivité au VIH était aussi plus fréquente chez les sujets vivant seuls ou n'ayant pas de partenaires stables. Les usagers consommant du Subutex® se sont déclarés moins souvent séropositifs mais la différence n'était pas significative (17,8 % *versus* 23,3 %). Les consommateurs de méthadone (traitement de substitution) ont plus souvent affirmé être séropositifs (28,5 % *versus* 17,7 %), mais il s'agit aussi de sujets plus âgés.

Les toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales

En novembre 1996, environ 20 700 personnes ont eu recours au dispositif de prise en charge sanitaire et sociale (12 300 dans les centres spécialisés pour les soins aux toxicomanes, 7 220 dans les établissements hospitaliers et 4 160 dans les établissements sociaux non spécialisés). Ce chiffre était de 12 500 en 1990. L'augmentation a été la plus forte dans les centres spécialisés dans les années 1992-1995 (+ 20 % en moyenne). Le champ des établissements enquêtés et répondants étant relativement stable, l'évolution du nombre de toxicomanes suivis en novembre 1996 peut être imputée à une augmentation des recours, à mettre en liaison avec les nouvelles orientations prises concernant la prise en charge des toxicomanes, et notamment le développement des traitements de substitution.

Le sex ratio est resté proche de 3 hommes pour 1 femme ; l'âge moyen des toxicomanes s'est accru de 2 ans depuis 1987 (il était de 28,6 ans en 1996). Les toxicomanes sont plus jeunes lorsqu'ils utilisent des produits comme les solvants ou le cannabis en produit principal ; les plus âgés ayant une toxicomanie en général plus lourde axée sur des produits comme l'héroïne, les autres opiacés et les médicaments psychotropes.

L'héroïne reste la principale drogue consommée mais régresse : 55 % des toxicomanes la déclarait en produit principal en 1992, 47 % en 1995, 38 % en 1996. En revanche, l'usage du cannabis et de ses dérivés est en progression constante. En 1996, 62 % des personnes suivies étaient polytoxicomanes ; les produits les plus fréquemment utilisés en association étaient l'alcool, les produits psychotropes (amphétamines et tranquillisants), et le cannabis.

En 1996, quatre toxicomanes sur cinq avaient effectué un test de dépistage du

VIH. Cette pratique est en augmentation depuis 1994. L'amélioration du dépistage n'a cependant pas mis en évidence une proportion plus élevée de séropositifs, qui reste dans la population suivie comprise entre 16 et 25 %. Les utilisateurs de drogues intraveineuses sont plus infectés que les autres toxicomanes concernés par l'enquête (respectivement 20-25 % et 16-21 %).

Les toxicomanes des enquêtes menées par l'Institut de Recherche en Épidémiologie et Pharmacodépendance (IREP)

Les toxicomanes inclus dans les enquêtes IREP présentent des caractéristiques socio-démographiques proches de celles des toxicomanes rencontrés dans les structures sanitaires et sociales : plus de 70 % d'hommes, niveau d'éducation assez faible, 2/3 de célibataires, forte proportion d'inactifs.

En 1996, la première drogue consommée par les 1 703 toxicomanes de l'enquête était l'héroïne (85 % en consommaient au moment de l'enquête et 56 % quotidiennement). Plus de la moitié des héroïnomanes avait commencé à consommer au début des années 1980 ; 16 % dans les années 1970. À l'inverse, le crack est une consommation récente : 70 % des sujets avaient commencé entre 1990 et 1994.

La voie intraveineuse était utilisée par 77 % des usagers d'héroïne, 68 % des usagers de cocaïne et 48 % des usagers de crack.

En 1996, 88 % des répondants avaient effectué un dépistage pour le VIH ; ils étaient 78 % au cours de l'enquête de 1987-1988 et 82 % en 1990-1991. Dans la moitié des cas, le dernier test datait de 1995. La prévalence globale de l'infection à VIH trouvée parmi les dépistés était de 20 %, avec des différences assez importantes selon les sites : 5 % à Lille, 6 % à Metz, 25 % à Paris, 26 % en banlieue parisienne, 36 % à Marseille. Une baisse significative et progressive de la prévalence est enregistrée depuis les premières enquêtes puisqu'elle était de 40 % en 1987, 34 % en 1990 et 20 % en 1995. Soixante et onze pour cent des dépistés VIH étaient des hommes ; 5 % des enquêtés étaient porteurs d'une triple infection VIH, VHC et VHB. Cette triple infection variait également selon les sites affectant 1 % des toxicomanes à Metz et 20 % des toxicomanes à Marseille.

La baisse de la prévalence du VIH chez les usagers de drogue a été en partie expliquée par une diminution progressive et constante depuis 1988 du partage des seringues ; la libéralisation des seringues en 1987 a largement contribué à la transformation des pratiques des usagers, renforcée au milieu des années 1990 par la diffusion du Stéribox[®], la mise en place des programmes d'échange de seringues et des lieux d'accueils pour les usagers de drogues les plus précaires. Cependant, malgré une tendance significative à la baisse, la réutilisation des seringues et le partage du reste du matériel d'injection se maintiennent à un niveau élevé. De plus, l'exposition au risque lors de rapports sexuels reste fréquente. La prise de conscience du risque et de la gravité de l'hépatite C a été plus tardive et l'adaptation et la diffusion de l'information, notamment sur les risques de mise en commun du matériel est encore récente ce qui peut expliquer le maintien d'un haut niveau de prévalence pour le VHC (*voir p. 27*).

Chez les détenus

Trois études ont été relevées concernant les détenus : deux enquêtes nationales (*fiches n° 15 et 16*) et une enquête ponctuelle réalisée au centre pénitentiaire de Marseille par l'Observatoire Régional de la Santé (*fiche n° 17*).

La santé à l'entrée en prison

En 1997, la Direction de l'administration pénitentiaire a enregistré plus de 75 000 entrées dans les 135 maisons d'arrêt et quartiers maison d'arrêt des centres pénitentiaires français ; une même proportion a concerné des mineurs et des femmes (5 % environ).

À leur arrivée en prison, une personne sur cinq a déclaré ne pas avoir de domicile stable et plus de 17 % des entrants n'avaient pas de protection sociale. Une consommation prolongée et régulière de drogues au cours des 12 derniers mois a été enregistrée chez près d'un tiers des entrants et 12 % ont déclaré avoir utilisé une drogue par voie intraveineuse au moins une fois au cours de leur vie. Par ailleurs, à leur arrivée en prison, 7 % des personnes ont rapporté avoir bénéficié d'un traitement de substitution, neuf fois sur dix par Subutex®.

Près de la moitié des entrants ont fait un test de dépistage du VIH avant l'incarcération et 1,7 % ont déclaré une séropositivité. Un traitement par antirétroviraux était en cours chez 38 % des entrants séropositifs. Un détenu sur cinq avait fait un test de dépistage de l'hépatite C pour un taux de prévalence déclaré de 4,4 %. Moins de 4 % des individus VHC⁺ étaient sous traitement par interféron.

Les entrants en prison qui ont déclaré s'être injectés au moins une fois au cours de leur vie (12 % des entrants) étaient plus nombreux à avoir fait des examens de dépistage puisque moins de un sur cinq a déclaré n'avoir fait aucun test contre un sur deux pour l'ensemble des entrants. Ils sont également plus nombreux à déclarer des résultats positifs : environ 10 % étaient VIH⁺ et 30 % VHC⁺.

Enquête « un jour donné » sur les personnes atteintes par le VIH et le VHC en milieu pénitentiaire

Le jour de l'enquête, en juin 1998, 55 274 personnes étaient incarcérées en France, réparties dans les établissements pénitentiaires à l'exception des centres de semi-liberté non pourvus de structures médicales. Parmi ces détenus, 866 personnes atteintes par le VIH étaient connues des équipes médicales hospitalières et des équipes médicales du « programme 13 000 » intervenant en milieu pénitentiaire, soit 1,6 % de la population pénale. La proportion de détenus atteints par le VIH qui diminuait régulièrement depuis 1991 reste stable entre 1997 et 1998 (5,8 % en 1990, 2,8 % en 1994, 1,6 % en 1997 et 1,56 en 1998).

Parmi les 866 détenus atteints par le VIH, 165 étaient au stade sida (19 %), 183 (21 %) présentaient une forme symptomatique de la maladie et 518 (59,8 %) une forme asymptomatique de l'infection.

Les régions Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur regroupent à elles seules plus de 57 % des patients VIH connus (36,1 % pour l'Île-de-France, 21,5 % pour Provence-Alpes-Côte d'Azur) alors que les établissements pénitentiaires de ces deux régions regroupent 31 % des détenus français.

Environ 68 % des détenus séropositifs étaient traités par antirétroviraux dont

62 % sous trithérapie, 33 % sous bithérapie, 3 % sous quadrithérapie et 2 % sous monothérapie.

Prévalence de l'infection à VIH et VHC dans la population carcérale de Marseille

Sur les 391 détenus qui ont participé à l'enquête, 79 % étaient des hommes âgés de 18 à 35 ans ; 23 % ont déclaré au moins une expérience de drogue intraveineuse au cours de leur vie. La prévalence globale du VIH enregistrée dans cette population était de 6 %. Elle était supérieure chez les usagers de drogue intraveineuse (20,5 %) par rapport aux non usagers (1,7 %). Les deux seuls facteurs associés à une séropositivité étaient l'âge et une expérience de drogue intraveineuse.

Les niveaux de prévalence de l'infection à VIH enregistrés en 1995 étaient inférieurs à ceux observés lors de l'enquête de 1992 réalisée dans cette même prison (homme : 5,9 % *versus* 9 % ; femme : 6,4 % *versus* 13,1 %). La tendance à la baisse est la même si l'on ne considère que les usagers de drogue intraveineuse (20,5 % en 1995, 40 % en 1992).

Vingt et un des 23 détenus VIH⁺ étaient porteurs d'une double infection VIH/VHC. La prévalence globale du VHC était de 27 % (91 % chez les usagers de drogue contre 7,6 % chez les non usagers). Comme pour le VIH, elle était associée à l'âge et à une expérience d'injection. Une minorité de prisonniers connaissaient leur statut sérologique, ce qui laisse supposer que la plupart des détenus n'avaient jamais fait de tests avant leur incarcération. Cette étude a permis d'estimer à environ 11 500 (soit 20 % de la population carcérale) le nombre de détenus infectés par le VHC en France.

Chez les personnes prostituées

Ces données sont issues d'une thèse de 3^e cycle soutenue à Bordeaux en 1998, intitulée : « Prévention de l'infection par le VIH auprès de personnes prostituées en France » (Anne Serre).

Les services de police estiment à environ 15 000 le nombre de personnes prostituées en France, dont 5 000 exerceraient à Paris.

Aucune étude de prévalence n'a été menée depuis 1991. Les seules données disponibles proviennent de l'équipe du Bus des Femmes et datent de 1994. Le statut VIH était connu (test ou déclaration) pour 144 femmes. La prévalence était plus élevée chez les toxicomanes (31 %) que chez les non toxicomanes (2 %).

Dans la population étrangère domiciliée en France

Ces résultats sont issus des analyses réalisées à partir des données de la surveillance du sida chez les adultes (*fiche n° 18*).

Exception faite des données extraites des enquêtes PREVAGEST (*fiche n° 8*) et PREVADAV (*fiche n° 10*), on ne dispose d'aucune donnée permettant de suivre l'évolution de l'infection à VIH dans la population étrangère domiciliée en France. Seule l'analyse des données de surveillance du sida donne quelques indications des spécificités de cette population face à l'épidémie.

Au 30 juin 1998, 14 % des cas de sida déclarés chez les adultes depuis le début

de l'épidémie concernaient des personnes de nationalité étrangère alors que selon l'INSEE la population étrangère de plus de 15 ans en 1990 constituait 6 % de la population adulte vivant en France métropolitaine. Ces cas étaient majoritairement localisés en Île-de-France (65 %) où ils représentaient 24 % des cas déclarés dans cette région.

Il est remarquable de noter que, jusqu'en 1996, le nombre de nouveaux cas de sida diagnostiqués chaque semestre a évolué de façon similaire chez les personnes de nationalité étrangère et chez les Français. Ensuite, le nombre de nouveaux cas de sida a diminué de façon moins marquée chez les sujets de nationalité étrangère (- 44 % entre les premiers semestres de 1996 et 1998) que chez ceux de nationalité française (- 61 %). Cette baisse a davantage marqué les Européens (- 70 %) que les Asiatiques (- 56 %) ou les personnes d'Afrique sub-saharienne (- 32 %). Elle a eu pour conséquence la hausse de la proportion d'étrangers parmi les nouveaux cas de sida durant cette période (15 % en 1996, 20 % en 1998).

Sur cette même période (premier semestre 1996, premier semestre 1998), la baisse du nombre de décès par sida a été similaire chez les étrangers (- 83 %) et chez les individus de nationalité française (- 79 %). Cela laisse supposer qu'une fois le diagnostic posé la prise en charge des patients étrangers est comparable à celle des Français et leur observance aux traitements aussi.

Les taux de cas de sida rapportés à la population étrangère, standardisés sur l'âge, montrent que les personnes les plus touchées par l'épidémie sont les Haïtiens (taux d'incidence cumulée de 29,0 pour 1 000). Ils précèdent les personnes originaires d'Afrique sub-saharienne (11,5 pour 1 000) avec de fortes variations selon les pays (de 6,4 pour 1 000 au Sénégal à 43,8 pour 1 000 en République démocratique du Congo) et celles originaires d'Amérique (7,2 pour 1 000). Excepté pour l'Afrique sub-saharienne où les hommes et les femmes enregistrent des taux d'incidence cumulée similaires, dans les autres aires géographiques étudiées, les femmes apparaissent toujours moins touchées par l'épidémie que les hommes (de 2 fois moins pour les Haïtiens à 20 fois moins pour les Américains).

Le mode de transmission hétérosexuelle reste très majoritaire chez les femmes (de 83 % à 100 % selon la nationalité). Chez les hommes, l'usage de drogue peut tenir une place importante : il représente 35 % des cas de sida diagnostiqués en 1997 chez les Nord-africains.

La méconnaissance du statut sérologique au moment du diagnostic de la maladie reste très importante malgré la légère baisse enregistrée entre 1994 et 1998. C'est le cas notamment pour 63 % des personnes originaires d'Afrique sub-saharienne, de 47 % des Européens, 44 % des Haïtiens et 38 % des Français.

Malgré la diminution du nombre de nouveaux cas de sida depuis 1996, le nombre de personnes étrangères vivant avec le VIH/sida continue d'augmenter en France. Le pourcentage important d'étrangers (entre 60 % et 78 %) n'ayant pas bénéficié d'un traitement antirétroviral avant le diagnostic du sida alors qu'ils connaissent leur séropositivité indique que l'accès des étrangers séropositifs à une prise en charge thérapeutique est limité. L'infection à VIH est en fait révélatrice pour les étrangers d'une difficulté globale à un accès aux soins approprié, en raison notamment de restrictions à l'ouverture de droits sociaux, d'obstacles administratifs et financiers, de difficultés de communication ou de difficultés socio-économiques. De nombreux efforts restent donc à faire envers cette population.

Évolution des maladies sexuellement transmissibles en France (hors VIH)

Plusieurs systèmes de surveillance des maladies sexuellement transmissibles (hors VIH) ont été mis en place depuis 1985 : (1) un système de notifications hebdomadaire des urétrites masculines est basé sur un réseau Sentinelles d'environ 500 médecins généralistes (*fiche n° 5*); (2) le système de surveillance épidémiologique des armées centralise chaque semaine le nombre de cas de syphilis et de gonococcie acquise par leur personnel (*fiche n° 9*); (3) deux réseaux de surveillance sont fondés sur les données de laboratoires : le réseau RENAGO mis en place en 1986 qui concerne les gonococcies (*fiche n° 19*) et le réseau RENACHLA mis en place en 1990 pour les chlamydioses (*fiche n° 20*).

En 1998, les laboratoires du réseau RENAGO ont identifié 242 gonococcies, dont 215 (88,8 %) chez les hommes et 27 chez les femmes (11,2 %) ; le sex ratio était de 8,0. L'âge médian des patients était de 27 ans pour les femmes et 31 ans pour les hommes. Une faible minorité de ces patients s'étaient contaminés à l'étranger (5 sur les 97 pour lesquels cette information était disponible). Dix pour cent des patients avaient une MST associée : 6 (dont une femme) une chlamydiose et 6 autres étaient séropositifs vis-à-vis du VIH.

Entre 1986 et 1990, une forte décroissance du nombre de gonococcies a été observée (- 81 % entre ces deux dates). Cette décroissance a persisté à un rythme moins élevé de 1990 à 1994 (- 55 %). Depuis 1994, les variations étaient minimales même si les tendances étaient toujours à la baisse. Cependant, en 1998, le nombre de patients atteints de gonococcies a été multiplié par un facteur de 1,9 par rapport à 1997. L'augmentation de l'ensemble des gonococcies est nettement plus importante en Île-de-France (multipliée par un facteur de 2,7 contre 1,4 pour les autres régions). Soixante-dix-neuf pour cent des souches isolées en Île-de-France proviennent de 5 laboratoires, dont 4 situés à Paris. Les gonococcies anorectales ont paru en progression en 1995 puis se sont stabilisées (5 en 1994, 11 en 1995, 12 en 1996 et 10 en 1997) mais en 1998, 20 ont été diagnostiquées. Ces souches anorectales ont toutes été prélevées chez les hommes. On observe également une hausse importante des prélèvements uro-génitaux (108 en 1998 contre 39 en 1997).

Bien que les données comportementales (pratiques sexuelles) ne soient pas disponibles parmi les informations collectées par RENAGO, l'augmentation des isolements anorectaux et la valeur élevée du sex ratio suggèrent que cette recrudescence concerne plus particulièrement les homosexuels et bisexuels d'Île-de-France. Cependant, l'enquête sur les modes de vie des homosexuels masculins réalisée à partir de la presse spécialisée n'a pas montré d'évolution entre 1991 et 1997 des déclarations d'antécédents de MST en général ou de gonococcie dans l'année écoulée (*voir partie II*). Les prises de risque avec des partenaires occasionnels (protection non systématique lors de pénétration) ont eu tendance à diminuer sur la période. En outre, en 1997, seuls 8 % des répondants à cette enquête ont déclaré se protéger moins qu'avant du fait des nouveaux traitements. Toutefois, l'hypothèse d'un relâchement du *safer sex*, diffus et occasionnel, mais s'accroissant dans les périodes récentes est possible et devra être validée avec les résultats de l'enquête 1999. Sur le plan biologique, l'hypothèse d'une augmentation de la durée d'infectiosité a été avancée, dans la lignée des observations réalisées à l'hôpital Saint Thomas

de Londres. L'augmentation de l'incidence des gonococcies dans la population masculine en France s'inscrit dans une tendance générale assez forte puisque qu'une même recrudescence a été observée antérieurement chez les homosexuels américains et britanniques.

En 1997, les laboratoires du réseau RENACHLA ont étudié 55 000 prélèvements, dont 77 % effectués chez des femmes. Le taux d'identifications positives était de 4,1 % chez l'homme et 2,3 % chez la femme. En 1997, l'âge médian des patients était de 26 ans pour les femmes et 30 ans pour les hommes.

Entre 1990 et 1997, le nombre de *C. trachomatis* identifié par laboratoire a fortement diminué chez la femme (– 51 % entre 1990 et 1996, – 11 % entre 1996 et 1997). La même diminution a été observée chez l'homme jusqu'en 1996 (– 56 %) mais le nombre de *C. trachomatis* identifié chez l'homme par laboratoire a augmenté de 17 % de 1996 à 1997.

Cette augmentation est probablement consécutive à l'utilisation de plus en plus large des techniques de biologie moléculaire qui sont des méthodes très sensibles et spécifiques. Ces méthodes peuvent être utilisées sur des prélèvements d'urine et sont donc moins contraignantes pour le patient. Elles ont facilité l'accès des hommes au diagnostic biologique, traduit par l'augmentation des prélèvements observée dans les laboratoires qui disposent de ces techniques.

L'augmentation du nombre de cas identifiés chez l'homme alors que la décroissance se poursuit chez la femme est donc moins en faveur d'une recrudescence de la maladie que d'un meilleur diagnostic. L'utilisation du préservatif et une amélioration de la prise en charge thérapeutique des patients et de leurs partenaires ont contribué à une diminution de cette infection dans la population générale. Toutefois, les taux d'identification élevés observés par les laboratoires hospitaliers (5,1 %) montrent que cette infection n'est pas en régression dans certaines populations et qu'il est important que celles-ci aient un accès facile au dépistage.

Enfin, l'augmentation du nombre de cas d'urétrite enregistrée par le réseau Sentinelles depuis 1996 incite à rester vigilant. Entre 1990 et 1996, le nombre de cas d'urétrite masculine a fortement diminué (– 59 %). En 1996, les médecins du réseau avaient rapporté 186 cas d'urétrite masculine, permettant d'estimer à 35 000 le nombre de cas annuels diagnostiqués en médecine générale cette année-là, et à 60 cas pour 100 000 habitants l'incidence annuelle (50-70). En 1997, le nombre de cas a été estimé à environ 40 000 (+ 10,5 % par rapport à 1996), soit une incidence de 70 cas, et à un peu moins de 50 000 en 1998 (+ 21,7 % entre 1997 et 1998).

En 1997, la tranche d'âge la plus touchée était celle des 30-39 ans (31 %), suivi de la classe d'âge 20-29 ans (30 %). Les 15-19 ans ne représentant que 4 % des cas rapportés. La distribution des orientations sexuelles montrait que 82 % des patients en 1997 se déclaraient hétérosexuels, 10 % étaient homo/bisexuels et pour 8 % cette information n'était pas connue.

VHC et toxicomanie

On estime à environ un tiers les cas d'infections par le VHC liées à l'usage de drogue. Depuis le dépistage des dons de sang et les précautions prises pour éviter les infections iatrogènes, le partage du matériel par les usagers de drogue demeure le principal vecteur connu de diffusion de l'infection à VHC. Les modes de prévention sont communs à l'infection VIH et le suivi de la prévalence VHC est un bon indicateur du maintien de pratiques à risque chez les usagers de drogue. C'est pourquoi, il a semblé important de faire une place à l'infection à VHC dans ce rapport. L'analyse sur la différence de diffusion entre le VIH et le VHC a été proposée par J.C. Desenclos dans un ouvrage intitulé *Hépatites virales. Dépistage, prévention, traitement*. Expertise collective INSERM, Paris 1997.

L'étude la plus ancienne qui s'est intéressée au problème du VHC chez les toxicomanes est celle qui est réalisée chaque année au mois de novembre dans les structures sanitaires et sociales (*fiche n° 13*).

La proportion de personnes ayant effectué un test de dépistage a fortement augmenté depuis 1994 (*tableau I.1*). En 1996, près de deux personnes sur trois avaient connaissance de leur infection alors qu'à peine une sur deux avait une telle connaissance en 1994.

Tableau I.1
Sérologie du VHC chez les toxicomanes ayant eu recours aux centres spécialisés et aux hôpitaux en novembre 1994, 1995 et 1996

En %	1994	1995	1996
Tests de dépistage effectués ¹	67	72	76
Sérologie connue et déclarée ¹	51	58	64
Séropositifs parmi les toxicomanes ²	49 à 74	49 à 70	50 à 68
Séropositifs parmi les toxicomanes intraveineux	57 à 84	57 à 72	61 à 71

1. % calculé sur l'ensemble des toxicomanes.

2. Le premier pourcentage est calculé sur les personnes dont le statut sérologique est connu ; le second est calculé en considérant que les personnes dont le statut sérologique est inconnu sont séropositives.

L'enquête semestrielle chez les résidents des Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes avec Hébergement (CSSTH, *fiche n° 11*) recueille des données sur le VHC depuis le premier semestre 1996. La proportion de résidents ayant effectué un test sérologique pour le VHC est passée de 82 % au premier semestre 1996 à 89 % au premier semestre 1998. La prévalence du VHC a peu évolué au cours du temps ; elle est élevée et se situe aux alentours de 55 %. Parmi les usagers de drogue intraveineuse, la prévalence est encore plus élevée, aux alentours de 60 % ; elle reste à peu près stable avec toutefois une légère tendance à l'augmentation. La prévalence est proche chez les hommes (54,3 %) et chez les femmes (52,0 %), ce qui suggère que la transmission du VHC (quasi exclusivement par voie parentérale) est presque similaire ou à peine supérieure chez les hommes. Elle est plus élevée chez les résidents plus âgés (proche de 70 % chez les 35 ans et plus) mais atteint néanmoins un niveau important chez les plus jeunes (30 % chez les moins de 25 ans).

Comme pour le VIH, plus la date de première injection est récente, plus la prévalence déclarée pour le VHC diminue ; elle reste toutefois élevée, atteignant globalement 42 % chez les injecteurs qui ont commencé entre 1993 et 1995. Chez ces

injecteurs récents, la prévalence a augmenté de 36 % en 1996 à 54 % en 1998, et près d'un tiers serait contaminé par le VHC dès la première année d'injection.

La proportion beaucoup plus élevée de résidents infectés par le VHC que par le VIH, en particulier chez les injecteurs récents, montre le maintien d'un risque très important de contamination par le VHC essentiellement liée à la transmissibilité du VHC et aux pratiques de consommation des produits. De plus, la connaissance des toxicomanes est plus précise et plus ancienne pour le VIH que pour le VHC. Les tests de dépistage du VHC n'ont été disponibles que 5 ans après ceux utilisés pour le VIH, et la perception de la gravité de ces deux infections est très différente. Les stratégies de réduction des risques liés au partage du matériel d'injection et/ou du produit sont également moins efficaces pour le VHC que pour le VIH en raison de sa forte transmissibilité. Enfin, les attitudes médicales vis-à-vis de la prescription au test et les politiques de prévention contre le VHC n'ont pas, dans un premier temps, été suffisamment efficaces pour freiner cette nouvelle épidémie.

Dans l'enquête PES (*fiche n° 12*), près de 86 % des usagers avaient réalisé un test de dépistage au moment de l'enquête. Ce test était positif pour 58,4 % d'entre eux, et 15 % avaient une co-infection VIH/VHC. La fréquence de l'infection à VHC n'était liée à aucune variable sociale, ni à une consommation de drogue particulière.

Dans l'enquête IREP (*fiche n° 14*), 72 % des toxicomanes interrogés ont déclaré avoir fait un test de dépistage pour le VHC. La prévalence globale était de 48 % (45 % pour les hommes, 51 % pour les femmes). La proportion de sujets contaminés par le VHC était similaire dans les différents sites, de 42 % à Lille à 52 % à Marseille.

Les efforts de prévention des toxicomanes se sont accompagnés d'une baisse de la prévalence de l'infection à VIH depuis plusieurs années dans ce groupe. Il ne semble pas que l'impact de la prévention sur l'infection par le VHC ait été aussi importante. Plusieurs hypothèses sont habituellement proposées pour expliquer cette apparente divergence entre la diffusion du VIH et du VHC chez les toxicomanes intraveineux. La probabilité d'acquiescer un agent infectieux lors de l'utilisation commune de matériel dépend de la prévalence de l'infection dans la population des toxicomanes et de la probabilité de transmission lors de l'injection à l'aide d'un matériel provenant d'un autre usager infecté. La prévalence de l'infection par le VHC, beaucoup plus élevée que celle du VIH, favorise pour un même niveau de partage de matériel d'injection, la transmission du VHC. Par ailleurs, le VHC est plus résistant dans le milieu extérieur que le VIH, et, de ce fait, il est possible que, pour une utilisation de matériel d'injection contaminé, la probabilité intrinsèque de la transmission du VHC soit supérieure à celle du VIH. Il faut une transformation très importante des pratiques pour réduire la transmission du VHC. Le partage de seringue est un marqueur de risque qui résume en réalité une multitude de facteurs de risque de transmission (donner sa seringue ou utiliser celle d'un autre, partager la même cuillère, le même coton, etc.). Cependant, dans l'étude menée en 1998 dans les PES, les taux de prévalence du VHC chez les moins de 25 ans et chez les sujets s'injectant depuis trois ans ou moins, étaient respectivement de 15,6 % et de 25 %. Ces taux sont très inférieurs à ceux observés dans des études antérieures ou à l'étranger : cette situation reflète, peut-être, la prise de conscience du risque et une évolution récente des pratiques.