

PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH PRÉCARITÉ ET VIEILLISSEMENT : LES OMBRES AU TABLEAU

Plus de 150 000 personnes vivent actuellement avec le VIH en France et parmi elles, 25 000 l'ignorent. Que ce soit en termes d'élaboration de la riposte, de combat contre les discriminations ou dorénavant de prise de traitement antirétroviral comme outil de prévention, les personnes vivant avec le VIH sont, depuis les premières années de l'épidémie, des acteurs majeurs de la lutte contre le VIH/sida. Globalement, le tableau clinique s'améliore mais quelques ombres subsistent, qui pourraient peser sur les succès thérapeutiques.

Dynamique de l'épidémie VIH en France

153 000¹, c'est l'évaluation du nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) sur l'ensemble du territoire français. Un chiffre équivalent aux précédentes estimations.

70% sont des hommes. Les HSH² représentent 1/3 de ces personnes, les hétérosexuel(le)s français 30%, les hétérosexuel(le)s d'origine étrangère 20% et les usagers de drogues injectables (UDI) 10%.

Cela représente une prévalence du virus de 0,4% dans la population générale. Cette prévalence est de 0,12% pour les hétérosexuel(le)s français, de 1,6% pour les femmes hétérosexuelles étrangères, de 17% chez les HSH et de 17,5% chez les UDI.

Selon l'enquête ANRS Vespa2³, 40,7% des PVVIH ont été diagnostiquées avant 1996, 24,6% entre 1996 et 2002 et 34,7% entre 2003 et 2011.

On estime à environ 25 000, le nombre de personnes non-diagnostiquées réparties dans les différentes populations exposées. 70% d'entre elles sont des hommes. Par ailleurs, 40% de l'ensemble sont hétérosexuels (hommes ou femmes) d'origine étrangère, 40% HSH et moins de 2% usagers de drogues. En nombre, la moitié de cette épidémie cachée se concentre en Ile-de-France (42%) et dans les deux régions Provence-Alpes-Côte-d'Azur (6%) et ex Rhône-Alpes (6%).

Des pôles de contamination en région

Le nombre de contaminations (incidence) sur la période 2004-2013 chez les HSH ne baisse pas, voire remonte chez certains sous-groupes. 17% des nouvelles infections chez les HSH concernent des hommes d'origine étrangère. On observe une stagnation chez les hétérosexuels étrangers ou nés en France, hommes ou femmes. Sur les 7 100 infections annuelles, 3 000 concernent l'Ile-de-France, 500 la région PACA et 400 l'ex région Rhône-Alpes. Les populations les plus représentées dans ces contaminations sont les HSH (surtout en PACA), les hétérosexuels étrangers d'origine africaine (notamment en Ile-de-France et en Rhône-Alpes).

L'effet « grande région » vient masquer l'importance de l'épidémie dans l'ex région Rhône-Alpes. Le dernier point épidémiologique de Santé publique France, présenté le 29 novembre 2016, classe en effet la nouvelle région

Auvergne-Rhône-Alpes en 7ème position pour le nombre de nouvelles découvertes de séropositivités rapportées au million d'habitants, loin derrière le Centre-Val de Loire ou la Normandie...

« Le délai entre l'infection et le diagnostic se compte encore en années ».

Vers le 90-90-90

En 2013, la cascade française de la prise en charge du VIH s'est améliorée. Cette dernière représente l'évaluation des objectifs de l'ONUSIDA vers la fin de l'épidémie, représentés par les fameux 90-90-90 : à l'horizon 2020, 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique ; 90% de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement antirétroviral durable ; 90% des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement supprimée.

En France, les deux derniers 90, la mise sous traitement antirétroviral et le contrôle de la charge virale sont atteints selon les chiffres de l'ANRS. Seul le critère du dépistage reste insuffisant (84%) et c'est un frein vers la chute du nombre de contaminations. Pour preuve, le délai entre l'infection et le diagnostic de séropositivité au VIH se compte encore en années. Trois ans pour les HSH et les femmes hétérosexuelles, quatre ans pour les hommes hétérosexuels et ceux qui consomment des drogues. Pire encore, le délai entre l'infection et l'initiation du traitement ARV est trop tardif pour tous les groupes vulnérables, avec près de quatre ans chez les HSH et les femmes hétérosexuelles. On atteint huit ans chez les personnes usagères de drogues.

Comorbidités

Toujours selon l'enquête ANRS Vespa2, 16,4% des personnes vivant avec le VIH suivies à l'hôpital en 2011 ont été infectées par le VHC, avec des taux extrêmement élevés parmi les UDI (87,7% parmi les hommes et 86,3% parmi les femmes) ainsi que, dans une moindre mesure, parmi les HSH (9,1%).

La prévalence de l'infection chronique par le VHB est estimée, quant à elle, à 7% chez les personnes infectées par le VIH⁴.

La prescription de traitement hypolipémiant concerne 17,5% des patients, variant de 2,9% parmi les femmes migrantes africaines à 30,4% parmi les hommes « autres ». Les proportions de patients sous traitement antihypertenseur (17,1%) et traitement hypoglycémiant (4,2%) ne varient pas de façon significative entre les groupes. La présence d'un épisode dépressif majeur dans l'année concerne 12,9% des personnes suivies, prévalence particulièrement élevée parmi les HSH (16,1%) et les UDI (16,2% parmi les hommes et 16,7% parmi les femmes). De plus, 1,5% des patients déclarent avoir fait une tentative de suicide dans l'année.

« Précarité et vieillissement pèsent sur les succès thérapeutiques ».

Les facteurs sociodémographiques à la traîne

Si tout le monde s'accorde à dire que la situation des personnes vivant avec le VIH s'est améliorée ces dernières années, notamment du fait de l'efficacité des traitements, la précarité croissante d'une partie de ces personnes et la question du vieillissement pèsent sur ces succès thérapeutiques.

Les données de l'enquête Vespa2 indiquent que la « pauvreté en conditions de vie » touche près du tiers de la population séropositive, contre 13% de la population générale. Les PVVIH cumulent les difficultés : chômage, mal-logement, difficultés pour s'habiller et se nourrir, solitude... Ces facteurs se combinent et déstabilisent durablement leur parcours de soins.

En 2010, l'Inserm estimait à 10% la part des plus de 60 ans chez les PVVIH. Selon l'enquête Vespa2, l'âge médian des personnes séropositives est passé de 41 à 48 ans en 10 ans, résultat logique des bénéfices thérapeutiques. En 2015, 19% des nouvelles découvertes de séropositivité concernaient les personnes de plus de 50 ans⁵. Si les morbidités directement liées au VIH diminuent, le vieillissement de la population séropositive induit des risques de comorbidités, des problèmes cardio-vasculaires, des cancers et autres pathologies chroniques liées à l'âge. Rappelons que plus de 40% des PVVIH ont été diagnostiquées avant 1996, ce qui représente 20 ans, au moins, de séropositivité.

QUELLES MESURES POUR UNE SANTE GLOBALE ?

Dans sa conclusion, le rapport Morlat⁴ recommandait de ne pas fonder la lutte contre le VIH sur la seule performance thérapeutique mais d'introduire une notion de santé globale, qui implique le retour à une vie professionnelle, sociale, affective, et des capacités à se projeter dans l'avenir. Sans cela, le succès thérapeutique pourrait être, pour une partie des personnes séropositives, tout relatif. Les recommandations régionales Rhône-Alpes de 2012 pour l'accompagnement des personnes vivant avec le VIH et/ou une hépatite virale⁶ allaient également dans ce sens.

- Renforcer l'accompagnement social des personnes touchées par le VIH et/ou une hépatite virale pour améliorer l'accès aux soins et favoriser l'observance.
- Améliorer les conditions d'hébergement et de logement des personnes touchées par le VIH et/ou une hépatite virale pour favoriser une prise en charge précoce et continue.
- Améliorer les réponses aux possibles situations de handicap ou de perte d'autonomie liées au VIH/sida et aux hépatites virales.
- Mieux prendre en compte les questions de parentalité.
- Soutenir les activités favorisant le bien-être, la qualité de vie et l'équilibre psychique des personnes touchées par le VIH et/ou une hépatite virale.
- Renforcer l'articulation entre les différents acteurs qui contribuent à l'accompagnement des personnes touchées (soignants, intervenants associatifs et médico-sociaux).
- Favoriser une meilleure prise en compte de la santé sexuelle des personnes touchées par le VIH et/ou une hépatite virale.

Un dernier point semble également nécessaire : Lutter contre les discriminations dont sont victimes les personnes vivant avec le VIH. Carrières interdites, refus de soins, parcours du combattant pour l'accès à l'emprunt, sphère familiale pas toujours protectrice, persistance des mises à l'écart au travail... Les thérapeutiques ont, en effet, évolué plus vite que les mentalités.

Synthèse documentaire réalisée par le CRIPS Auvergne-Rhône-Alpes et le Pôle Isère VIH (IREPS Auvergne-Rhône-Alpes)



Les 5 fiches
"Plaidoyer pour une nouvelle prévention"

- Les jeunes
- Les HSH
- Les migrants
- Les personnes vivant avec le VIH
- Les usagers de drogues

1 Marty L., Cazein F., Pillonel J., Costagiola D., Supervie V., POJET ANRS INDIC ET HERMETIC.

2 Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.

3 Enquête ANRS Vespa2, France Lert et coll., 2013.

4 Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, ANRS, 2013.

5 Infection par le VIH et les IST bactériennes. Point épidémiologique du 29 novembre 2016, Santé publique France.

6 Déclinaison en région Rhône-Alpes des programmes « Dépistage du VIH, des IST et des hépatites virales » et « Accompagnement des personnes vivant avec le VIH et/ou une hépatite virale », ARS Rhône-Alpes, 2012.