

Vivre avec le VIH : premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa2 // Living with HIV: first results of the ANRS-VESPA2 study

Coordination scientifique // *Scientific coordination*

France Lert, Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations, Inserm, Villejuif, France

Et pour le Comité de rédaction du BEH : Sandrine Danet, Atih, Paris, France et Héliène Therre, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

> SOMMAIRE // Contents

ÉDITORIAL // Editorial

Vivre avec le VIH aujourd'hui : données nouvelles
// Living with HIV today: new data.....p. 284

Patrick Yeni

Président du Conseil national du sida, France

ARTICLE // Article

État de santé de la population vivant avec le VIH en France métropolitaine en 2011 et caractéristiques des personnes récemment diagnostiquées. Premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa2
// Health status of people living with HIV followed at hospital in metropolitan France in 2011 and characteristics of those recently diagnosed. Results of the ANRS-VESPA2 Study.....p. 285

Rosemary Dray-Spira et coll.

Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations, Inserm, U1018, Villejuif, France

ARTICLE // Article

Situation socioéconomique des personnes vivant avec le VIH suivies à l'hôpital en France métropolitaine en 2011. Premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa2
// Socioeconomic conditions of people living with HIV followed at hospital in metropolitan France. Results of the ANRS-VESPA2 Study.....p. 293

France Lert et coll.

Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations, Inserm, U1018, Villejuif, France

ARTICLE // Article

Situation sociale et état de santé des personnes vivant avec le VIH aux Antilles, en Guyane et à La Réunion en 2011. Premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa2
// Social status and health conditions of persons living with HIV in French West Indies, French Guiana, and Reunion Island in 2011. First results of the ANRS-VESPA2 survey.....p. 300

France Lert et coll.

Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations, Inserm, U1018, Villejuif, France

ARTICLE // Article

Comportements sexuels des personnes vivant avec le VIH en France en 2011 : premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa2
// Sexual behaviours of people living with HIV in France in 2011: first results of the ANRS-VESPA2 study.....p. 307

Nicolas Lorente et coll.

Inserm, UMR912 (Sesstim), Marseille, France

ARTICLE // Article

La co-infection par le virus de l'hépatite C chez les personnes infectées par le VIH : données de l'enquête ANRS-Vespa2
// Coinfection with hepatitis C virus in people living with HIV: data from the ANRS-VESPA2 survey.....p. 314

Perrine Roux et coll.

Inserm, UMR912 (Sesstim), Marseille, France

FOCUS // Focus

Méthodologie générale de l'enquête ANRS-Vespa2
// General method of the ANRS-VESPA2 Studyp. 321

Rosemary Dray-Spira et coll.

Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations, Inserm, U1018, Villejuif, France

La reproduction (totale ou partielle) du BEH est soumise à l'accord préalable de l'InVS. Conformément à l'article L. 122-5 du code de la propriété intellectuelle, les courtes citations ne sont pas soumises à autorisation préalable, sous réserve que soient indiqués clairement le nom de l'auteur et la source, et qu'elles ne portent pas atteinte à l'intégrité et à l'esprit de l'oeuvre. Les atteintes au droit d'auteur attaché au BEH sont passibles d'un contentieux devant la juridiction compétente.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>

Directrice de la publication : Dr Françoise Weber, directrice générale de l'InVS
Rédactrice en chef : Judith Benrekassa, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Rédactrice en chef adjointe : Jocelyne Rajnchapel-Messaï
Secrétaires de rédaction : Laetitia Gouffé-Benadiba, Farida Mihoub
Comité de rédaction : Dr Pierre-Yves Bello, Direction générale de la santé; Dr Juliette Bloch, CNSA; Dr Sandrine Danet, ATIH; Dr Claire Fuhrman, InVS; Dr Bertrand Gagnière, Cire Ouest; Anabelle Gilg Soit Ilg, InVS; Dorothee Grange, ORS Île-de-France; Dr Rachel Haus-Cheymol, Service de santé des Armées; Dr Nathalie Jourdan-Da Silva, InVS; Dr Guy La Ruche, InVS; Agnès Lefranc, InVS; Dr Marie-Eve Raguenaud, Cire Limousin/Poitou-Charentes; Dr Sylvie Rey, Drees; Héliène Therre, InVS; Pr Isabelle Villena, CHU Reims.
Institut de veille sanitaire - Site Internet : <http://www.invs.sante.fr>
Préresse : Jouve
ISSN : en cours

VIVRE AVEC LE VIH AUJOURD'HUI : DONNÉES NOUVELLES

// LIVING WITH HIV TODAY: NEW DATA

Patrick Yeni

Président du Conseil national du sida, France

Les données fournies par l'enquête Vespa2 (VIH : Enquête sur les personnes atteintes) sont essentielles pour comprendre les conditions de vie de la population infectée par le VIH, car elles sont d'une part globales, n'interrogeant pas seulement les aspects sanitaires mais aussi sociaux, économiques et comportementaux et, d'autre part, parce que la méthodologie de l'enquête les rend extrapolables à l'ensemble de la population séropositive. Elles complètent donc avantageusement les données recueillies par la surveillance épidémiologique et à partir des bases hospitalières et des cohortes. En outre, elles peuvent être utilement comparées aux données de la première enquête Vespa, datant de 2003, et à des données de recensement dans la population générale.

En ce qui concerne les données démographiques et socio-économiques relevées en métropole, Vespa2 confirme le vieillissement de la population des personnes vivant avec le VIH et l'augmentation de la proportion d'immigrés d'Afrique subsaharienne par rapport à 2003. L'enquête a également relevé que les Français descendant d'immigrés y sont davantage représentés que dans la population générale, en particulier parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse. L'évolution socio-économique globale au cours du temps est modeste depuis 2003, et contrastée : une faible augmentation du revenu disponible, mais une situation financière perçue comme dégradée. Cette observation est peut-être la résultante d'une amélioration de la santé des personnes contrastant avec la détérioration du contexte social. La situation socio-économique globale des personnes infectées reste inférieure à celle de la population générale et diffère considérablement selon les catégories de population : ainsi, 18% des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), mais 49% des hommes immigrés d'Afrique subsaharienne perçoivent leur situation financière comme difficile.

Sur le plan sanitaire, et alors que les indicateurs de santé directement liés au VIH s'améliorent nettement, la perception du niveau général de santé par les personnes infectées n'évolue que marginalement depuis 2003, au moins en partie en raison des fréquentes comorbidités : si les co-infections par le VHC et le VHB sont en baisse, les prescriptions d'anti-hypertenseurs et d'hypolipémiants sont fréquentes (17% environ), 13% des patients rapportent un

épisode dépressif majeur dans l'année et 24% une hospitalisation complète. Là encore, les différences sont importantes entre les groupes à risque. Quelques données rapportées chez les personnes diagnostiquées VIH entre 2003 et 2010 soulignent les difficultés liées au dépistage : un taux insuffisant de dépistage volontaire, en particulier dans certains groupes à risque, un dépistage qui reste très tardif chez 30% des patients, et 13,5% des dépistages considérés comme ayant été réalisés à l'insu de la personne, une donnée qu'il conviendra d'analyser plus en détail.

Malgré des différences territoriales importantes, la situation des DOM est également marquée par le contraste entre les progrès importants réalisés dans la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH et l'absence d'amélioration socio-économique nette. Le dépistage tardif et un contexte de stigmatisation persistent également dans ces territoires, et contribuent à rendre compte de ces données.

Sur le plan des comportements sexuels, les personnes vivant avec le VIH utilisent davantage le préservatif qu'en 2003 à l'occasion de relations avec des partenaires occasionnels, mais cette utilisation est loin d'être systématique et l'utilisation du préservatif est moins fréquente parmi les couples stables qu'avec les partenaires occasionnels.

Au total, la lecture des premiers résultats de Vespa2 nous éclaire déjà significativement sur les actions qu'il convient d'amplifier dans la lutte contre le VIH-sida, au-delà de la consolidation de la prise en charge médicale VIH des personnes infectées : prise en charge des comorbidités, amélioration du dépistage précoce et renforcement du discours préventif incluant le TasP (*Treatment as Prevention*), optimisation du soutien social aux populations les plus démunies. Des analyses complémentaires permettront vraisemblablement de mieux comprendre l'intrication de paramètres de nature différente qui interfèrent pour expliquer les conditions de vie des personnes vivant avec le VIH. ■

Citer cet article

Yeni P. Editorial. Vivre avec le VIH aujourd'hui : données nouvelles. Bull Epidémiol Hebd. 2013; (26-27):284

ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION VIVANT AVEC LE VIH EN FRANCE MÉTROPOLITAINE EN 2011 ET CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES RÉCEMMENT DIAGNOSTIQUÉES. PREMIERS RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE ANRS-VESPA2

// HEALTH STATUS OF PEOPLE LIVING WITH HIV FOLLOWED AT HOSPITAL IN METROPOLITAN FRANCE IN 2011 AND CHARACTERISTICS OF THOSE RECENTLY DIAGNOSED. RESULTS OF THE ANRS-VESPA2 STUDY

Rosemary Dray-Spira (rosemary.dray-spira@inserm.fr)^{1,2}, Kayigan Wilson d'Almeida^{1,2}, Cindy Aubrière^{1,2}, Fabienne Marcellin^{3,4,5}, Bruno Spire^{3,4,5}, France Lert^{1,2} et le groupe Vespa2

¹ Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations, Inserm U1018, Villejuif, France

² Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, UMRS 1018, Villejuif, France

³ Inserm, UMR912 (Sesstim), Marseille, France

⁴ Aix-Marseille Université, UMR_S912, IRD, Marseille, France

⁵ ORS Paca - Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, Marseille, France

Soumis le 09.04.2013 // Date of submission: 04.09.2013

RÉSUMÉ // Abstract

Cet article présente les caractéristiques de l'état de santé des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) suivies à l'hôpital en France dans ses différentes dimensions, et décrit le profil et le contexte de dépistage des personnes diagnostiquées dans la période récente.

Les informations reposent sur l'enquête ANRS-Vespa2, enquête nationale représentative auprès des PVVIH suivies à l'hôpital en 2011, qui fait suite à une première enquête réalisée en 2003 selon un protocole similaire.

L'ancienneté du diagnostic en 2011 est en médiane de 12 ans, avec des différences marquées selon les groupes socio-épidémiologiques. Plus de 9 patients sur 10 (93,3%) reçoivent un traitement antirétroviral en 2011. Parmi eux, 56,7% ont plus de 500 CD4/mm³ et 88,5% ont une charge virale contrôlée, paramètres en net progrès par rapport à 2003. Globalement, 16,3% des patients ont été infectés par le VHC, 17,5% ont un traitement hypolipémiant, 17,1% un traitement antihypertenseur, 4,2% un traitement hypoglycémiant, et 12,9% rapportent un épisode dépressif majeur dans l'année. Presque un quart (24,0%) ont été hospitalisés dans l'année.

Parmi les personnes nouvellement diagnostiquées depuis 2003, 36,4% sont des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, 39,7% des immigrés d'Afrique subsaharienne, 2,4% des usagers de drogues et 21,5% d'autres hommes et femmes hétérosexuels. Les caractéristiques sociodémographiques, les circonstances du diagnostic VIH et l'avancée de l'infection au moment du diagnostic diffèrent fortement entre ces groupes.

This article provides descriptive information on the various aspects of health conditions of people living with HIV (PLWH) and followed at hospital in France and on the profile and context of HIV testing of persons newly diagnosed in the recent period.

Results are based on data from the ANRS-VESPA2 study, a national representative survey conducted in 2011 among HIV-infected hospital outpatients, following a first study conducted in 2003 using the same protocol.

In 2011, median duration since HIV diagnosis is 12 years overall, with marked differences across the various socio-epidemiological groups. More than 9 patients out of ten (93.3%) receive an antiretroviral treatment. Among them, 56.7% have more than 500 CD4/mm³ and 88.5% have a controlled viral load, indicating major improvements since 2003. Overall, 16.3% have been HCV-infected, 17.5% have a lipid-lowering treatment, 17.1% an antihypertensive treatment, 4.2% a glucose-lowering treatment and 12.9% report a major depressive episode in the past year. Almost one quarter (24.0%) have been admitted at hospital in the past year.

Among persons newly diagnosed since 2003, 36.4% are men who have sex with men, 39.7% are immigrants from sub-Saharan Africa, 2.4% are drug users and 21.5% are other heterosexual men and women. Socio-demographic characteristics, HIV testing circumstances and disease advancement at diagnosis strongly differ across these groups.

Mots-clés : Infection VIH, Traitement antirétroviral, Comorbidités, Dépistage

// **Keywords:** HIV infection, Antiretroviral treatment, Comorbidities, HIV testing

Introduction

Au cours des dernières années, la mise sur le marché de nouvelles molécules antirétrovirales d'efficacité accrue et la démonstration de l'intérêt d'une initiation précoce du traitement ont modifié la prise en charge du VIH¹, permis de réduire la mortalité² et consolidé la qualité des résultats thérapeutiques. Dans le même temps, de nouvelles préoccupations ont émergé autour de la fréquence des comorbidités, dont l'étiologie n'est pas complètement comprise : en effet, l'effet de l'infection à VIH elle-même, l'exposition de longue durée à certains antirétroviraux ou le niveau élevé des comportements à risque (tabagisme, surpoids, etc.) dans certains groupes de la population séropositive peuvent contribuer au niveau élevé de prévalence des comorbidités et à leur survenue plus précoce qu'en population générale. Par ailleurs, les estimations récentes font état d'une persistance d'un niveau élevé de transmission du virus dans certains sous-groupes de la population³.

Les informations fournies par l'enquête Vespa2 (voir le focus « Méthodologie générale de l'enquête ANRS-Vespa2 » dans ce même numéro), parce qu'elles sont extrapolables à l'ensemble de la population des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) suivies à l'hôpital dans leur diversité et qu'elles portent sur des indicateurs de santé variés incluant les comorbidités et l'état de santé général, complètent les données existantes issues des bases de données hospitalières ou des cohortes. L'étude Vespa2 apporte également des informations de nature sociale et sur le contexte de dépistage complémentaires des données de surveillance épidémiologique des nouveaux diagnostics d'infection à VIH.

Les objectifs de cet article sont de caractériser l'état de santé de la population vivant avec le VIH et suivie à l'hôpital en France dans ses différentes dimensions, et de décrire le profil et le contexte de dépistage des personnes diagnostiquées dans la période récente.

Matériel et méthodes

Enquête nationale représentative auprès de la population vivant avec le VIH suivie à l'hôpital, l'enquête Vespa2 (VIH : Enquête sur les personnes atteintes) effectuée en 2011 fait suite à une première enquête réalisée en 2003⁴ selon un protocole similaire (voir le focus « Méthodologie générale de l'enquête ANRS-Vespa2 », dans ce même numéro).

Cet article décrit l'état de santé des PVVIH suivies à l'hôpital en 2011, globalement et selon les groupes socio-épidémiologiques, et leur évolution depuis 2003. Les indicateurs d'intérêt sont les paramètres spécifiques de l'infection à VIH (traitement antirétroviral, taux de CD4, charge virale au seuil de détectabilité de 50 copies - en 2003, le seuil était à 400), l'état de santé général (question sur l'état de santé perçu du questionnaire de qualité de vie SF12 et antécédent d'hospitalisation complète dans les 12 mois) et les comorbidités fréquentes établies à partir du dossier médical (antécédent d'hépatite C) ou des

médicaments prescrits (traitement antihypertenseur, traitement hypolipémiant, traitement hypoglycémiant). En outre, l'état de santé mentale est évalué par la présence d'un épisode dépressif majeur dans les 12 derniers mois mesuré (par le CIDI-SF) et les tentatives de suicide dans l'année.

Pour les personnes nouvellement diagnostiquées entre 2003 et 2010, les caractéristiques démographiques et sociales et le contexte du diagnostic sont décrits. Afin de limiter les biais de mémorisation, les circonstances du dépistage et le délai d'entrée dans les soins après le diagnostic ont été renseignés uniquement pour les personnes diagnostiquées dans les 36 mois précédant l'enquête.

Toutes les données présentées sont pondérées et redressées, fournissant ainsi des estimations extrapolables à l'ensemble de la population séropositive diagnostiquée depuis au moins six mois et suivie à l'hôpital à l'échelle de la France métropolitaine.

Résultats

Distribution par groupes socio-épidémiologiques de la population vivant avec le VIH suivie à l'hôpital en France métropolitaine (figure 1)

En 2011, la population infectée suivie à l'hôpital se répartit en 39,1% d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), 10,9% d'utilisateurs de drogues par injection (UDI) (6,8% d'hommes et 4,1% de femmes), 23,7% de personnes immigrées originaires d'Afrique subsaharienne (7,9% d'hommes et 15,8% de femmes) et 26,3% d'autres patients (12,8% d'hommes et 13,5% de femmes). Par rapport à 2003, on observe une augmentation de la proportion de femmes, de 28,8% à 32,9%, une stabilité de la proportion d'HSH, une forte baisse des UDI (18,0% en 2003), un doublement de la part des immigrés d'Afrique subsaharienne (de 11,5% à 23,7%) et une diminution de la part des « autres » hommes et femmes, de 31,5% à 26,3%.

État de santé des personnes vivant avec le VIH suivies à l'hôpital en 2011, comparaison avec 2003 (tableau 1)

Indicateurs spécifiques de l'infection à VIH

L'ancienneté du diagnostic en 2011 est en médiane de 12 ans, avec des différences marquées selon les groupes, reflétant la dynamique de l'épidémie : de 8 ans chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne à 22 ans chez les usagers de drogue. Au total, 40,7% des PVVIH ont été diagnostiquées avant 1996, 24,6% entre 1996 et 2002 et 34,7% entre 2003 et 2011.

Plus de 9 patients sur 10 (93,3%) reçoivent un traitement antirétroviral en 2011, avec une hétérogénéité selon l'ancienneté du diagnostic et le groupe socio-épidémiologique. Alors que la quasi-totalité (97,5%) des personnes diagnostiquées avant 2003 sont traitées, 12,0% de celles diagnostiquées depuis

2003 sont encore naïves en 2011, après une durée médiane de 4 ans depuis le diagnostic. Par ailleurs, la part des personnes traitées dépasse 90% dans tous les groupes, sauf les immigrés africains pour lesquels elle est légèrement inférieure (88%).

Parmi l'ensemble des personnes traitées, 56,7% ont plus de 500 CD4/mm³ (4,9% moins de 200) et 88,5% ont une charge virale contrôlée au seuil de 50 copies/ml, soit des paramètres en net progrès par rapport à 2003. À cette date, 42,3% des patients sous traitement avaient un taux de CD4 supérieur à 500/mm³ (11,9% moins de 200) tandis que la proportion d'indétectables au seuil de 400 copies était de 77,7%. Parmi les patients non traités en 2011, 11,9% ont moins de 350 CD4/mm³. Sous traitement, la proportion de charge virale contrôlée est homogène entre les générations de patients; elle dépasse 85% dans tous les groupes, sauf les immigrés africains pour lesquels elle est légèrement inférieure (83,1% chez les hommes et 84,7% chez les femmes).

En 2011, 16,6% des personnes suivies ont une charge virale détectable. Parmi elles, 64,2% sont traitées, 8,3% en interruption de traitement et 27,5% naïves, et le niveau de charge virale est plus faible parmi les traitées (66,4% ont une charge virale comprise entre 50 et 1 000 copies, contre 14,7% des personnes en interruption de traitement et 15,7% des non traitées; p<0,0001).

Comorbidités

Globalement, 16,4% des personnes vivant avec le VIH suivies à l'hôpital en 2011 ont été infectées par le VHC, avec de fortes variations selon les

sous-groupes de la population, et en particulier 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%); en excluant de ce groupe les HSH ayant une expérience de toxicomanie intraveineuse, cette prévalence est de 6,5%.

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.

État de santé général

Presque un quart (24,0%) des patients déclarent avoir été hospitalisés au moins une nuit au cours des 12 derniers mois (en dehors d'un accouchement), avec des taux particulièrement élevés parmi les femmes « autres » (27,7%) et les UDI (29,9% des hommes et 37% des femmes). L'état de santé est perçu comme excellent ou très bon par 25,8% des patients, et mauvais ou médiocre par 12,3%. Les UDI hommes et femmes déclarent un moins bon état de santé. La comparaison avec 2003 fait apparaître une diminution des réponses extrêmes en faveur de la

Figure 1

Part des différents groupes socio-épidémiologiques dans l'ensemble de la population vivant avec le VIH en France métropolitaine. Enquêtes ANRS-Vespa (2003) et ANRS-Vespa2 (2011), données pondérées et redressées

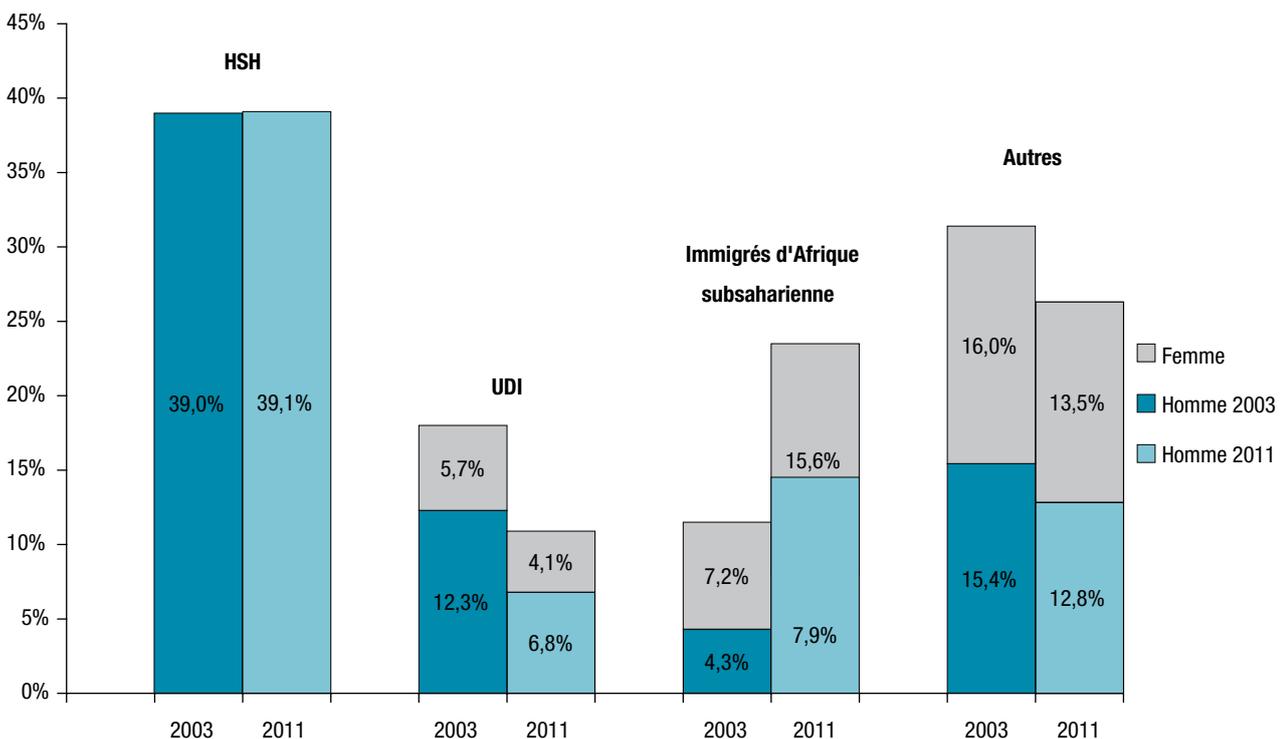


Tableau 1

Caractéristiques de l'infection à VIH, comorbidités et état de santé général des personnes vivant avec le VIH et suivies à l'hôpital en France métropolitaine, globalement et par groupe socio-épidémiologique. Enquêtes ANRS-Vespa (2003) et ANRS-Vespa2 (2011), pourcentages pondérés et redressés

	Population globale		Par groupe socio-épidémiologique en 2011							p**
	2003 (N=2 932†)	2011 (N=3 022†)	HSH (N=1 337†)	Hommes UDI (N=199†)	Femmes UDI (N=123†)	Hommes immigrés d'Afrique subsaharienne (N=176†)	Femmes immigrés d'Afrique subsaharienne (N=425†)	Autres hommes (N=365†)	Autres femmes (N=397†)	
Ancienneté du diagnostic VIH en années (médiane [IQR])	10 [6-20]	12 [6-20]	<0,001	14 [6-20]	22 [15-25]	8 [4-12]	8 [4-10]	12 [7-18]	16 [9-20]	<0,001
Traitement antirétroviral prescrit	83,2	93,3	<0,001	94,0	91,8	88,5	88,0	97,0	94,5	<0,001
Parmi les traités :										
Taux de CD4/mm ³										
<200	11,9	4,9	<0,001	3,6	6,1	4,9	5,1	7,1	4,3	
200-349	21,8	15,5		13,1	28,0	24,7	16,0	19,3	8,6	
350-499	24,0	22,9		21,3	18,3	35,6	26,6	21,3	22,0	
≥500	42,3	56,7		62,0	47,7	34,8	52,3	52,3	65,2	
Charge virale contrôlée (seuil : 50 copies/ml)	-	88,5	-	89,6	91,8	83,1	84,7	92,0	91,2	0,01
Charge virale contrôlée (seuil : 400 copies/ml)	77,7	95,5	<0,001	95,8	95,9	94,0	94,8	97,4	95,5	0,45
Antécédent d'hépatite C	21,9	16,4	<0,001	9,1	86,3	4,3	4,6	8,3	7,7	<0,001
Traitement antihypertenseur	-	17,1	-	16,3	12,9	15,9	18,8	24,1	15,0	0,08
Traitement hypolipémiant	-	17,5	-	21,9	10,8	13,9	2,9	30,4	18,1	<0,001
Traitement hypoglycémiant	-	4,2	-	4,0	1,0	7,0	3,8	5,0	2,5	0,25
Épisode dépressif majeur dans l'année	-	12,9	-	16,1	16,7	3,6	10,3	8,7	13,0	<0,001
État de santé perçu										
Très bon	27,5	25,8	0,002	27,8	12,8	30,8	25,4	27,4	26,1	<0,001
Bon	56,0	61,9		61,7	66,6	65,6	64,7	61,5	58,1	
Mauvais	16,5	12,3		10,4	20,5	3,6	10,0	11,1	15,8	
Hospitalisation complète dans l'année	10,6	24,0	<0,001	21,8	37,0	18,0	22,9	24,3	27,7	0,01

HSH : hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ; UDI : usagers de drogue injectable ; IQR : intervalle interquartiles.

* p-value de la comparaison entre la population globale de 2003 et de 2011 ; ** p-value de la comparaison entre les différents groupes socio-épidémiologiques en 2011.

† Les effectifs présentés correspondent au nombre de personnes interrogées.

Tableau 2

Caractéristiques des personnes diagnostiquées entre 2003 et 2010. Enquête ANRS-Vespa2 (2011), pourcentages pondérés et redressés

	Par groupe socio-épidémiologique						p**
	Total (N=1 095†)	HSH (N=480†)	Hommes immigrés d'Afrique subsaharienne (N=99†)	Femmes immigrées d'Afrique subsaharienne (N=252†)	Autres hommes* (N=141†)	Autres femmes* (N=123†)	
Âge au diagnostic en années (médiane [IIQ])	36 [30-45]	37 [30-46]	38 [32-45]	33 [28-38]	44 [36-52]	39 [29-45]	<0,001
Catégorie socio-professionnelle							
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	5,2	7,3	1,5	2,7	8,3	3,9	<0,001
Cadres, professions intellectuelles supérieures	17,4	31,3	15,6	0,0	18,1	8,8	
Professions intermédiaires	16,1	22,2	10,0	9,4	18,1	14,5	
Employés	39,1	26,6	37,0	63,6	17,7	55,7	
Ouvriers	21,7	11,9	35,9	23,5	37,4	17,0	
Autres	0,5	0,7	0,0	0,8	0,4	0,0	
Circonstances du test diagnostique							
Dépistage volontaire	45,6	59,7	46,5	32,2	25,3	47,4	0,01
Sur proposition d'une équipe soignante	35,1	30,3	15,1	47,7	48,2	34,2	
Systematique	5,9	2,1	18,3	5,6	4,9	5,2	
Test à l'insu	13,5	7,9	20,0	14,6	21,6	13,1	
Délai d'entrée dans les soins après le diagnostic							
Moins d'un mois	84,1	86,1	74,4	79,9	94,2	87,5	0,17
De 1 à 6 mois	12,0	13,8	15,6	12,3	1,5	12,5	
Plus de 6 mois	3,9	0,1	10,0	7,8	4,4	0,0	
Diagnostic à un stade tardif (<350 CD4 et/ou stade sida)	48,6	34,8	61,8	56,4	65,6	39,7	<0,001
Diagnostic à un stade ultra-tardif (<200 CD4 et/ou stade sida)	29,8	19,6	42,4	34,2	47,0	17,7	<0,001
Situation vis-à-vis du traitement antirétroviral en 2011							
Non traités et naïfs	12,0	14,2	16,6	10,6	3,4	12,6	<0,001
Non traités en interruption de traitement	1,7	0,3	0,7	4,6	0,6	1,7	
Non traités sans information sur un traitement antérieur	0,9	0,6	0,0	1,8	1,3	0,0	
Traités	85,5	84,9	82,7	83,0	94,7	85,7	

HSH : hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ; UDI : usagers de drogue injectable ; IIQ : intervalle interquartiles.

* Incluant les usagers de drogues ; ** p-value de la comparaison entre les différents groupes socio-épidémiologiques.

† Les effectifs présentés correspondent au nombre de personnes interrogées.

valeur moyenne « bonne santé » qui passe de 56% à 61,9%.

Caractéristiques des personnes nouvellement diagnostiquées entre 2003 et 2010 (tableau 2)

Dans l'ensemble de la population des PVVIH suivies à l'hôpital, 34,7% ont été diagnostiqués depuis 2003. Parmi elles, 36,4% sont des HSH, 39,7% des immigrants originaires d'Afrique subsaharienne, 21,5% d'autres hommes et femmes hétérosexuels, et 2,4% des UDI (regroupés avec les hétérosexuels non immigrants d'Afrique subsaharienne en raison de leur faible effectif).

HSH

Lors de leur diagnostic, les HSH avaient 37 ans en médiane. Ils ont été diagnostiqués, pour 6 sur 10, lors d'une démarche volontaire de dépistage, et 7,9% disent avoir été dépistés à leur insu. Selon les définitions aujourd'hui standard⁵, 34,8% présentaient lors du diagnostic une infection avancée à un stade tardif (<350 CD4/mm³ ou sida dans l'année du diagnostic) et 19,6% à un stade ultra-tardif (<200 CD4/mm³ ou sida dans l'année du diagnostic). L'entrée dans les soins a été effectuée dans un délai de moins d'un mois pour 86,1% d'entre eux, et 14,2% étaient toujours naïfs de traitement en 2011.

La plupart des HSH (90,4%) sont Français, dont 12,9% ont au moins un parent immigré. Près de la moitié ont un diplôme universitaire et ils se répartissent dans l'ensemble des catégories socioprofessionnelles. Au moment du diagnostic, 84,9% d'entre eux travaillaient.

Hommes et femmes immigrants originaires d'Afrique subsaharienne

Parmi les immigrants originaires d'Afrique subsaharienne nouvellement diagnostiqués, les femmes (66,7%) sont nettement majoritaires. Elles étaient plus jeunes que les hommes au moment du diagnostic (33 ans d'âge médian, contre 38 ans pour les hommes). Le lieu estimé de la contamination est le pays d'origine pour la majorité des hommes et des femmes (54,5% et 59,5%), la France pour 19,1% et 20,0%, et il est inconnu pour les autres. La durée médiane entre l'arrivée en France et le diagnostic est de 2 ans pour les hommes (intervalle interquartiles, IIQ : 0-13) et 1 an pour les femmes (IIQ : 0-3).

Le diagnostic résulte d'un dépistage volontaire pour presque la moitié des hommes (46,5%) mais pour moins du tiers des femmes (32,2%), et 20% et 15%, respectivement, disent avoir été testés sans en être informés. La très grande majorité est entrée dans les soins rapidement après le diagnostic, mais pour 10% des hommes et 7,8% des femmes, ce délai a dépassé 6 mois, des proportions plus élevées que dans les autres groupes. La majorité des immigrants d'Afrique subsaharienne ont été diagnostiqués à un stade tardif (61,8% des hommes et 56,4% des femmes) et, pour 42,4% des hommes et 34,2%, à un stade ultra-tardif.

En 2011, 16,6% des hommes et 10,6% des femmes n'avaient pas encore initié de traitement.

Les femmes ont un niveau d'études faible (74% n'ont pas de diplôme au-dessus du bac), tandis que le niveau de diplôme des hommes est plus diversifié avec autant d'hommes au-dessous du bac (43,1%) qu'avec des diplômes universitaires (39,6%). Ils sont très majoritairement employés ou ouvriers (72,9% des hommes et 87,1% des femmes). Environ la moitié des individus avaient un emploi lors du diagnostic.

Autres hommes et femmes

Ce groupe, qui rassemble les hétérosexuels non originaires d'Afrique subsaharienne et les UDI nouvellement diagnostiqués entre 2003 et 2010, a une légère dominante masculine (55%). Lors du diagnostic, les femmes étaient âgées en médiane de 39 ans, les hommes de 44 ans. Parmi eux, la grande majorité (81,7% des hommes et 73,6% des femmes) sont nés en France. La distribution des pays de naissance des immigrants ne distingue aucun pays ou région du monde en particulier.

La part de l'initiative personnelle dans la démarche de dépistage ayant conduit au diagnostic est particulièrement faible chez les hommes de ce groupe (25,3%, contre 47,4% parmi les femmes) et les tests à l'insu concernent 21,6% des hommes et 13,1% des femmes. Le diagnostic à un stade tardif ou ultra-tardif est particulièrement fréquent chez les hommes (65,6% et 47,0%, respectivement, contre 39,7% et 17,7% chez les femmes). L'entrée dans les soins s'est faite dans le mois suivant le diagnostic pour 94% des hommes et 87,5% des femmes, et 3,4% et 12,6%, respectivement, étaient toujours naïfs de traitement en 2011.

Deux nouveaux dépistés sur 3 ont un niveau d'études inférieur au bac et la majorité (55% des hommes et 72,7% des femmes) sont employés ou ouvriers. Au moment du diagnostic, la plupart des hommes (86,5%), mais seulement 59% des femmes, travaillaient.

Discussion

Les informations apportées par l'enquête Vespa2 portent sur toutes les générations de patients VIH - à l'exception des tout nouveaux diagnostics de moins de six mois - et sur l'ensemble du territoire métropolitain. Sont cependant exclues les personnes diagnostiquées mais non suivies pour le VIH, ainsi que celles suivies dans les hôpitaux les plus petits (file active de moins de 100 patients VIH) ou exclusivement en médecine de ville. Aujourd'hui, le suivi de l'infection à VIH est principalement effectué dans des services hospitaliers spécialisés et le suivi exclusif en ville reste limité, suggérant que les estimations issues de l'enquête Vespa2 s'appliquent à l'immense majorité de la population séropositive en France. Les estimations issues de l'enquête Vespa2 concernant les proportions de personnes traitées et la réponse immunologique et virologique au traitement sont très proches de celles basées sur les données de la base de

données hospitalière française sur l'infection à VIH (FHDH-ANRS-CO4)⁶. De plus, la comparaison avec les données de surveillance montre que, parmi les personnes nouvellement diagnostiquées entre 2003 et 2010, la répartition des différents groupes de contamination estimée à partir de Vespa2 est très proche de celle rapportée parmi les nouveaux cas de séropositivité déclarés à l'InVS⁷, tendant ainsi à confirmer la validité et la représentativité de ces données.

L'évolution entre 2003 et 2011 de la composition de la population vivant avec le VIH suivie à l'hôpital par groupe socio-épidémiologique reflète, à la fois, les dynamiques anciennes (précocité de la diffusion massive de l'infection VIH chez des UDI très jeunes dans les années 1980) et les tendances récentes de l'épidémie⁷, en particulier la stabilité de l'épidémie chez les HSH et la baisse de l'incidence couplée à une forte mortalité parmi les usagers de drogue (très peu de nouveaux diagnostics depuis 2003, aucun moins de 30 ans et très peu de plus de 60 ans dans ce groupe). Le nombre de nouveaux diagnostics parmi des personnes nées à l'étranger a diminué au cours de la période récente, mais est néanmoins restée à un niveau bien plus élevé que parmi les personnes hétérosexuelles nées en France et les usagers de drogue⁷, expliquant l'augmentation entre 2003 et 2011 de la part relative des immigrés, en particulier ceux originaires d'Afrique subsaharienne, au sein de la population des PVVIH.

Traduction des avancées thérapeutiques, les résultats de la prise en charge sont améliorés par rapport à ceux qui étaient observés en 2003, notamment en raison de l'augmentation de la proportion des personnes traitées. Cependant, la non-inclusion des patients ayant un diagnostic datant de moins de six mois tend probablement à surestimer l'état de santé, les personnes présentant un stade avancé au diagnostic ayant une très forte surmortalité pendant les six premiers mois^{2,8}. Les résultats suggèrent que l'amélioration des paramètres biomédicaux de l'infection à VIH concerne tous les groupes de patients sous traitement.

Avec l'avancée en âge et l'amélioration des résultats thérapeutiques, le poids des comorbidités sur l'état de santé et les conditions de vie des personnes séropositives s'accroît⁹. Outre qu'elle fournit des estimations sur la prévalence des comorbidités les plus fréquentes (hépatite C, troubles métaboliques, diabète), l'enquête Vespa2 permet, pour la première fois, d'estimer la fréquence de la dépression à l'échelle de la population séropositive en se basant sur un outil de mesure validé. La proportion de personnes rapportant un épisode dépressif majeur dans l'année au sein de la population séropositive (12,9%) apparaît beaucoup plus élevée que celle observée avec le même instrument en population générale (de 5 à 8% selon les études)^{10,11,12,13}. Le taux d'hospitalisation complète dans l'année estimé à partir de Vespa2 (24,0%) est beaucoup plus élevé que celui rapporté dans la FHDH (5,3%)⁶. Ce résultat nécessite d'être investigué de manière approfondie.

L'effet du traitement antirétroviral fait l'objet d'attentes importantes quant à son effet préventif pour renverser la dynamique épidémiologique, notamment en France dans la population homosexuelle masculine. L'amélioration du dépistage en est considérée comme l'un des instruments majeurs, car l'initiation du traitement permet de baisser la charge virale « communautaire » grâce au traitement initié tôt. Les observations de Vespa2 sur le stade au diagnostic sont cohérentes avec celles apportées par la surveillance épidémiologique⁷. Concernant les circonstances du diagnostic, les données de Vespa2 rappellent la part dominante du dépistage volontaire chez les HSH. Elles montrent que c'est aussi le cas chez les hommes originaires d'Afrique subsaharienne, résultat cohérent avec les observations de la cohorte SIRS (Santé, Inégalités et Ruptures Sociales) en Île-de-France sur le recours au dépistage dans cette population¹⁴. Le dépistage à l'insu est rapporté par une fraction non négligeable des personnes récemment diagnostiquées et souligne la nécessité d'un rappel du principe de consentement de la personne au test, particulièrement opportun à l'heure où les médecins sont invités à proposer le test de façon systématique.

La prévalence de la population non diagnostiquée est estimée autour de 1 pour 1 000¹⁵, voire inférieure¹⁶. Elle est répartie en trois groupes de taille voisine : HSH, hétérosexuels immigrés et hétérosexuels français. Aujourd'hui, les modélisations attribuent de 43 à 64% des cas incidents en France à la population non diagnostiquée¹⁵. La taille et la répartition des différentes composantes de la population cachée sont donc cruciales pour la révision des stratégies de dépistage. Les informations sur le temps écoulé entre l'arrivée en France et le diagnostic de l'infection VIH indiquent que ce délai est plus long pour les hommes que pour les femmes d'Afrique subsaharienne, ce qui est cohérent avec les différences concernant le stade au diagnostic. En outre, ces personnes ont déclaré en majorité qu'elles pensaient avoir acquis l'infection à VIH dans leur pays d'origine, avant l'arrivée en France. Ces données nouvelles suggèrent que pour ces individus, seul le temps depuis l'immigration (et non celui depuis la contamination) doit être pris en compte pour l'estimation de la population non diagnostiquée vivant en France.

Les marges pour améliorer l'effet préventif du traitement antirétroviral parmi les personnes prises en charge peuvent être envisagées du côté de l'initiation du traitement et du suivi des résultats thérapeutiques, mais elles apparaissent étroites : parmi les patients diagnostiqués depuis 2003, seuls 12% étaient encore naïfs de traitement en 2011, et le délai médian de mise sous traitement n'était que de sept mois. De plus, les personnes ayant une charge virale non contrôlée sont principalement des personnes en traitement dont le niveau de la charge virale, bien que détectable, est beaucoup plus bas que parmi les personnes non traitées, suggérant un moindre potentiel de transmission en cas de rapports non protégés.

Ces premiers résultats descriptifs seront prolongés par des analyses approfondies afin de différencier le poids respectif des facteurs de risque, de l'avancée en âge et des facteurs propres à l'infection VIH dans l'évolution de l'état de santé des personnes vivant avec le VIH en France. ■

Références

[1] Ministère de la Santé et des Sports. Rapport 2010 sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH - Recommandations du groupe d'experts, sous la direction du Pr P. Yeni. Ministère de la Santé et des Sports: Paris; 2010. 417 p. <http://www.sante.gouv.fr/rapport-2010-sur-la-prise-en-charge-medecale-des-personnes-infectees-par-le-vih-sous-la-direction-du-pr-patrick-yeni.html>

[2] Roussillon C, Hénard S, Hardel L, Rosenthal E, Aouba A, Bonnet F, *et al.* Causes de décès des patients infectés par le VIH en France en 2010. Etude ANRS EN20 Mortalité 2010. Bull Epidemiol Hebd. 2012(46-47):541-5. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=11148

[3] Le Vu S, Le Strat Y, Barin F, Pillonel J, Cazein F, Bousquet V, *et al.* Population-based HIV-1 incidence in France, 2003-08: a modelling analysis. Lancet Infect Dis. 2010; 10(10):682-7.

[4] Peretti-Watel P, Riandey B, Dray-Spira R, Bouhnik AD, Sitta R, Obadia Y, *et al.* Comment enquêter la population séropositive en France ? L'enquête-VESPA 2003. Population. 2005; 60(4):525-50. <http://www.cairn.info/revue-population-2005-4-page-525.htm>

[5] Antinori A, Coenen T, Costagliola D, Dedes N, Ellefson M, Gatell J, *et al.* Late presentation of HIV infection: a consensus definition. HIV Med. 2011; 12(1):61-4.

[6] Base de données hospitalière française sur l'infection à VIH (FHDH - ANRS CO4). Retour d'Informations clinico-épidémiologiques (RICE). Février 2013. http://www.ccdde.fr/_fold/fl-1364308704-649.pdf.

[7] Cazein F, Le Strat Y, Pillonel J, Lot F, Bousquet V, Pinget R, *et al.* Dépistage du VIH et découvertes de séropositivité, France, 2003-2010. Bull Epidemiol Hebd. 2011(43-44):446-54. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=10153

[8] Montlahuc C, Guiguet M, Abgrall S, Daneluzzi V, De Salvador F, Launay O, *et al.*; on behalf of the FHDH ANRS CO4 cohort. Impact of late presentation on the risk of death among HIV-infected people in France (2003-2009). J Acquir Immune Defic Syndr. 2013; (sous presse).

[9] Dray-Spira R, Legeai C, Le Den M, Boue F, Lascoux-Combe C, Simon A, *et al.* Burden of HIV disease and comorbidities on the chances of maintaining employment in the era of sustained combined antiretroviral therapies use. AIDS. 2012; 26(2):207-15.

[10] L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011. Paris: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 2011. 342 p. <http://www.drees.sante.gouv.fr/01-l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2011,9985.html>

[11] Chan Chee C, Beck F, Sapinho D, Guilbert Ph. La dépression en France. Enquête Anadep 2005. Saint-Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2009. 200 p. <http://www.inpes.sante.fr/nouveautes-editoriales/2009/la-depression-en-france.asp>

[12] Lamboy B, Leon C, Guilbert P. Troubles dépressifs et recours aux soins dans la population française à partir des données du Baromètre Santé 2005. Rev Epidemiol Santé Publique. 2007; 55(3):222-7.

[13] Lepine JP, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Negre-Pages L, Nachbaur G, *et al.* Prévalence et comorbidités des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD). Encéphale. 2005; 31(2):182-94.

[14] Lapostolle A, Massari V, Beltzer N, Halfen S, Chauvin P. Differences in recourse to HIV testing according to migration origin in the Paris metropolitan area, France, in 2010. J Immigr Minor Health. 2013; (sous presse).

[15] Supervie V, Ndawinz J, Costagliola D. How to estimate the size of the hidden HIV epidemic? The case of France. HIV in Europe 2012 Conference; 2012 March 19-20, Copenhagen, Denmark. <http://www.hiveurope.eu/LinkClick.aspx?fileticket=i6WS2pEpztg%3D&tabid=163>

[16] Cremieux AC, D'Almeida KW, de Truchis P, Simon F, Le Strat Y, Bousquet V, *et al.* Undiagnosed HIV prevalence based on nontargeted screening in emergency departments. AIDS. 2012; 26(11):1445-8.

Citer cet article

Dray-Spira R, Wilson d'Almeida K, Aubrière C, Marcellin F, Spire B, Lert F et le groupe Vespa2. État de santé de la population vivant avec le VIH en France métropolitaine en 2011 et caractéristiques des personnes récemment diagnostiquées. Premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa2. Bull Epidemiol Hebd. 2013; (26-27):285-92.

SITUATION SOCIOÉCONOMIQUE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH SUIVIES À L'HÔPITAL EN FRANCE MÉTROPOLITAINE EN 2011. PREMIERS RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE ANRS-VESPA2

// SOCIOECONOMIC CONDITIONS OF PEOPLE LIVING WITH HIV FOLLOWED AT HOSPITAL IN METROPOLITAN FRANCE. RESULTS OF THE ANRS-VESPA2 STUDY

France Lert (france.lert@inserm.fr)^{1,2}, Margot Annequin^{1,2}, Laure Tron^{1,2}, Cindy Aubrière^{1,2}, Christine Hamelin^{1,2}, Bruno Spire^{3,4,5}, Rosemary Dray-Spira^{1,2} et le groupe Vespa2

¹ Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations, Inserm, U1018, Villejuif, France

² Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, UMRS 1018, Villejuif, France

³ Inserm, UMR912 (Sesstim), Marseille, France

⁴ Aix-Marseille Université, UMR-S912, IRD, Marseille, France

⁵ ORS Paca - Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, Marseille, France

Soumis le 09.04.2013 // Date of submission: 04.09.2013

RÉSUMÉ // Abstract

Bien que les dernières années aient confirmé l'efficacité des traitements antirétroviraux, les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) subissent la détérioration du contexte socioéconomique général. Cet article a pour objectif de décrire les caractéristiques démographiques, sociales et économiques des PVVIH en 2011 et leur évolution depuis 2003, en France.

Les données présentées reposent sur l'enquête ANRS-Vespa2 (VIH : Enquête sur les personnes atteintes), enquête nationale représentative auprès des PVVIH suivies à l'hôpital en 2011, qui fait suite à une première enquête réalisée en 2003 selon un protocole similaire. Les données ont été analysées selon plusieurs groupes sociodémographiques : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, usagers de drogues, personnes originaires d'Afrique subsaharienne, autres.

L'âge médian est passé de 41 à 48 ans entre 2003 et 2011. Les immigrés représentent un tiers des PVVIH contre 21% en 2003, hausse en lien avec une forte augmentation des personnes originaires d'Afrique subsaharienne, en particulier des femmes. Près de la moitié des personnes vivent seules ou en famille monoparentale, proportion stable depuis 2003. En revanche, le taux d'activité professionnelle a augmenté de 5 points depuis 2003. La proportion d'allocataires des minima sociaux est stable, mais les difficultés financières sont devenues plus fréquentes. Près de 9 personnes sur 10 ont un logement personnel, situation stable depuis 2003, avec une augmentation de 3% des propriétaires. Ces caractéristiques diffèrent fortement selon les groupes socio-démographiques, avec des conditions de vie particulièrement difficiles pour les personnes infectées par usage de drogue et pour les malades originaires d'Afrique subsaharienne.

Ainsi, parmi les PVVIH, les progrès thérapeutiques ont peu de traduction en termes d'amélioration de la situation sociale.

Recent years have seen the efficacy of antiretroviral treatments confirmed. However, people living with HIV (PLWH) face the deterioration of the overall social and economic environment. This article aims at describing the main features of PLWH's socioeconomic conditions in the current context in France.

Results are based on data from the ANRS-VESPA2 Study, a national representative survey conducted in 2011 among HIV-infected hospital outpatients, following a first study conducted in 2003 using the same protocol. This article provides descriptive information on demographic, social and economic characteristics of PLWH in 2011, overall and by socio-epidemiological group, and their time trends since 2003.

Median age increased from 41 to 48 years between 2003 and 2011. Immigrants account for a third of PLWH in 2011 versus 21% in 2003, an increase attributable to persons originating from sub-Saharan Africa, particularly women. Almost half of the population lives alone or in a single-parent family, proportion unchanged since 2003. The rate of occupational activity increased by 5 points since 2003. The proportion of beneficiaries of social welfares showed limited change, though financial difficulties have become more frequent. Almost 9 persons out of 10 have a personal accommodation, proportion unchanged since 2003 though the proportion of homeowners increased by 3%. These characteristics show marked differences across the various socio-epidemiological groups, with particularly adverse living conditions among persons infected through intravenous drug use and among patients originating from sub-Saharan Africa.

These results suggest that among PLWH, therapeutic advances have resulted in limited changes regarding social conditions.

Introduction

Les dernières années ont confirmé l'efficacité des traitements antirétroviraux (ARV) avec l'enrichissement de la palette thérapeutique, la recommandation d'une initiation plus précoce permettant un meilleur contrôle de la réplication virale et une réponse immunitaire améliorée, en plus d'un effet préventif sur la transmission du virus^{1,2}. Dans le même temps, comme l'ensemble de la population française, les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ont fait face à la détérioration du contexte socioéconomique, notamment en termes d'emploi et de revenus. La population vivant avec le VIH est aussi particulièrement concernée par les inflexions de la protection sociale ou par le renforcement des mesures restrictives sur l'entrée, le séjour et l'accès aux soins des étrangers. Cet article a pour objectif de décrire, dans le contexte actuel, les grands traits de la situation socioéconomique de la population des PVVIH en France.

Matériel et méthodes

Enquête nationale représentative auprès de la population vivant avec le VIH suivie à l'hôpital, l'enquête Vespa2 (VIH : Enquête sur les personnes atteintes) conduite en 2011 fait suite à une première enquête réalisée en 2003³ selon un protocole similaire (voir le focus « Méthodologie générale de l'enquête ANRS-Vespa2 », dans ce même numéro).

Cet article analyse les caractéristiques démographiques (âge, nationalité, pays de naissance, type de ménage, ainsi que l'année, l'âge et les circonstances de l'arrivée en France pour les personnes étrangères), sociales (niveau de diplôme, profession et catégorie socioprofessionnelle) et économiques (situation d'emploi, ressources, conditions de vie et conditions de logement) des PVVIH. Les données sont présentées globalement pour l'ensemble des PVVIH, en mettant en évidence les évolutions entre 2003 et 2011, et séparément par groupe socio-épidémiologique : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), hommes et femmes ayant utilisé des drogues par injection au cours de la vie (UDI), hommes et femmes immigrés originaires d'Afrique subsaharienne, et un groupe « autres » constitué d'hommes et de femmes, français ou immigrés nés hors d'Afrique subsaharienne, infectés principalement lors de relations sexuelles avec un partenaire de sexe opposé.

Toutes les données présentées sont pondérées et redressées, fournissant ainsi des estimations extrapolables à l'ensemble de la population séropositive diagnostiquée depuis au moins six mois et suivie à l'hôpital à l'échelle de la France métropolitaine. Les comparaisons entre 2003 et 2011 ont été effectuées par des tests du Chi², en prenant pour référence le seuil de signification de 0,05.

Résultats

Caractéristiques de la population vivant avec le VIH en 2011 et comparaison avec 2003

Près de la moitié de la population séropositive prise en charge à l'hôpital en 2011 vit en Île-de-France (47,8%), proportion stable par rapport à 2003. Cette surreprésentation des PVVIH en Île-de-France est beaucoup plus marquée pour les immigrés d'Afrique subsaharienne (tableau 1).

Caractéristiques sociodémographiques

L'âge médian a significativement augmenté entre 2003 et 2011, de 41 à 48 ans. Ainsi, en 2011, les moins de 40 ans représentent moins du quart des PVVIH (contre 40,8% en 2003), tandis que la proportion des plus de 50 ans a doublé, passant de 19,8% en 2003 à 41,2% en 2011 ; 13,3% ont 60 ans ou plus, dont plus de la moitié ont entre 60 et 65 ans.

Les immigrés représentent un tiers de la population vivant avec le VIH. Parmi eux, 77,0% sont de nationalité étrangère et 23,0% sont devenus Français par naturalisation. L'origine d'Afrique subsaharienne prédomine nettement dans la population immigrée (75,5%, soit 24,4% de l'ensemble des PVVIH), tandis que les personnes originaires des pays de l'Union européenne (UE) en représentent 8,6% et celles originaires du Maghreb 5,6%. La proportion d'immigrés au sein des PVVIH est en augmentation depuis 2003, principalement du fait de la forte augmentation de la population d'immigrés africains, en particulier parmi les femmes. Parmi les Français de naissance, un peu plus d'une personne sur 5 (21,7%) a un parent immigré, originaire pour la majorité des trois pays du Maghreb ou, dans une moindre mesure, d'un pays d'Europe du sud (Italie, Espagne, Portugal).

Un peu moins de la moitié de la file active (46,6%) a le baccalauréat ou un diplôme supérieur : 19,7% ont un diplôme de niveau Bac+3 ou plus élevé, tandis qu'environ 1 personne sur 5 a un niveau d'études primaires. En termes de catégorie socioprofessionnelle, plus de la moitié des personnes séropositives sont dans les catégories employé ou ouvrier, proportion stable depuis 2003. En revanche, la part des cadres a augmenté et celle des professions intermédiaires a diminué depuis 2003.

Près de la moitié (48,7%) des personnes vivent seules ou en famille monoparentale, proportion stable depuis 2003. En revanche, la part des personnes vivant en couple, et plus particulièrement celle des couples avec enfants, a diminué (de 16,4% à 13,1%) entre 2003 et 2011.

Activité professionnelle, ressources et conditions de vie (tableau 2).

La situation d'emploi est décrite pour les moins de 60 ans (86,7% des PVVIH), compte tenu de l'âge légal de

Tableau 1

Caractéristiques démographiques des personnes vivant avec le VIH et suivies à l'hôpital en France métropolitaine, globalement et par groupe socio-épidémiologique. Enquêtes ANRS-Vespa (2003) et ANRS-Vespa2 (2011), pourcentages pondérés et redressés

	Population globale			Par groupe socio-épidémiologique en 2011							p**
	2003 (N=2 932)	2011 (N=3 022)	p*	HSH (N=1 337)	Hommes UDI (N=199)	Femmes UDI (N=124)	Hommes immi- grés d'Afrique subsaharienne (N=176)	Femmes immi- grées d'Afrique subsaharienne (N=425)	Autres hommes (N=365)	Autres femmes (N=396)	
Région											
Île-de-France	43,5	47,8	0,23	44,2	42,9	32,4	73,6	68,8	33,3	39,5	<0,001
Autre	56,6	52,2		55,8	57,1	67,6	26,4	31,2	66,7	60,6	
Âge en années (médiane [IQR])	41 [36-47]	48 [41-54]	<0,001	49 [42-55]	49 [47-52]	48 [45-51]	48 [38-52]	39 [34-45]	53 [45-61]	47 [42-55]	<0,001
Nationalité											
Français de naissance	78,4	67,0	<0,001	89,8	86,0	86,7	-	-	85,5	85,1	<0,001
Français par acquisition	3,2	7,9		3,9	2,2	0,8	17,2	22,0	5,8	4,7	
Étrangers UE	3,9	2,7		3,2	6,2	3,5	1,9	0,5	2,5	2,1	
Étrangers non UE	14,5	22,5		3,1	5,6	9,1	80,9	77,5	6,2	8,1	
Catégorie socioprofessionnelle											
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	6,2	6,8	<0,001	7,9	10,2	6,3	5,6	2,4	10,5	3,7	<0,001
Cadres, professions intellectuelles supérieures	13,1	17,7		30,0	9,9	5,2	14,2	0,8	15,3	12,1	
Professions intermédiaires	22,1	18,2		22,3	11,3	22,4	9,9	9,1	20,8	20,7	
Employés	38,0	36,0		26,1	26,7	50,3	35,5	67,2	16,4	50,0	
Ouvriers	20,1	21,1		13,3	41,9	15,8	34,7	20,3	36,5	13,0	
Composition du foyer											
Personne seule	40,0	40,1	0,031	54,8	38,8	33,8	37,0	19,3	33,6	32,4	<0,001
Personne seule avec enfant	8,4	8,6		0,5	4,0	9,0	2,3	31,9	3,2	15,9	
En couple, avec ou sans enfant	42,4	40,7		35,8	44,4	41,2	45,7	36,1	53,9	42,4	
Autres situations	9,2	10,7		8,9	12,7	15,9	15,1	12,7	9,4	9,4	

HSH : hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ; UDI : usagers de drogue par injection ; IQR : intervalle interquartiles.

* p-value de la comparaison entre la population globale de 2003 et de 2011 ; ** p-value de la comparaison entre les différents groupes socio-épidémiologiques en 2011.

Tableau 2

Emploi, ressources et conditions de vie des personnes vivant avec le VIH et suivies à l'hôpital en France métropolitaine, globalement et par groupe socio-épidémiologique. E
nquêtes ANRS-Vespa (2003) et ANRS-Vespa2 (2011), pourcentages pondérés et redressés

	Population globale		Par groupe socio-épidémiologique en 2011							p**	
	2003 (N=2 932)	2011 (N=3 022)	p*	HSH (N=1 337)	Hommes UDI (N=199)	Femmes UDI (N=124)	Hommes immigrés d'Afrique subsaharienne (N=176)	Femmes immigrées d'Afrique subsaharienne (N=425)	Autres hommes (N=365)		Autres femmes (N=396)
Situation d'emploi (parmi les moins de 60 ans)											
Actif en emploi	55,6	58,5	<0,001	69,2	35,8	18,2	59,0	53,9	62,9	57,4	<0,001
Actif sans emploi	10,8	13,0		7,9	9,3	11,4	24,7	24,8	9,7	9,9	
Invalidité	21,3	19,4		16,5	48,9	58,3	5,8	9,5	18,6	19,7	
Retraite	1,2	1,7		2,3	0,6	0,7	0,0	0,3	3,3	2,7	
Autre sans emploi	11,1	7,4		4,1	5,4	11,4	10,5	11,7	5,5	10,3	
Revenu par unité de consommation en euros (médiane [IQR])	1 220 [762-1 829]	1 333 [833-2 000]	0,001	2 000 [1 267-2 667]	1 000 [800-1 533]	1 000 [733-1 400]	964 [600-1 200]	783 [533-1 130]	1533 [1 000-2 150]	1 300 [800-2 000]	<0,001
Sources de revenus											
Minima sociaux (parmi les moins de 60 ans)											
Allocation adulte handicapé (AAH)	20,0	17,5	0,07	11,0	37,5	49,4	10,9	16,5	13,9	21,3	<0,001
Revenu de solidarité active (RSA)	4,5	6,5	0,01	3,2	2,8	7,4	3,5	15,4	5,8	8,5	<0,001
Pension d'invalidité	8,4	8,7	0,17	9,5	19,2	17,5	0,7	1,1	10,7	10,3	<0,001
Situation financière perçue											
Difficile	28,7	31,6	0,004	18,2	43,3	48,7	49,4	55,9	20,2	31,1	<0,001
Juste	29,6	31,9		30,4	33,9	31,2	29,4	34,4	32,0	34,3	
Bonne	41,7	36,5		51,4	22,8	20,1	21,2	9,7	47,8	34,6	
Privations alimentaires	20,4	20,6	0,85	12,0	26,8	40,3	28,9	34,3	16,1	19,8	<0,001
Statut d'occupation du logement											
Propriétaire d'un logement personnel	28,2	31,6	0,009	44,2	19,6	23,6	4,1	6,3	45,5	35,6	<0,001
Locataire d'un logement personnel	57,7	57,1		48,6	63,8	67,1	77,4	73,3	42,3	58,5	
Hébergé(e) par des proches	11,1	8,6		6,3	14,4	8,9	9,6	14,4	10,5	3,0	
En foyer ou centre d'hébergement	2,0	2,2		0,7	1,8	0,4	5,9	5,4	1,3	2,2	
Sans domicile	1,0	0,6		0,2	0,4	0,1	3,0	0,6	0,4	0,7	

HSH : hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ; UDI : usagers de drogue par injection ; IQR : intervalle interquartiles. * p-value de la comparaison entre la population globale de 2003 et de 2011 ;
 ** p-value de la comparaison entre les différents groupes socio-épidémiologiques en 2011.

la retraite jusqu'en 2009. Parmi eux, 58,5% travaillent, 13,0% sont en recherche active d'emploi, 19,4% en invalidité. Le taux d'activité (personnes occupées ou en recherche d'emploi) gagne 5 points entre 2003 et 2011, tandis que l'invalidité perd près de 2 points. Au moment de l'étude, 5,4% sont en congé maladie, dont un peu moins de 1 sur 2 (47,8%) depuis plus de 6 mois.

La médiane du revenu par unité de consommation est de 1 333€ par mois. Parmi les moins de 60 ans, la proportion d'allocataires des minima sociaux (Allocation adulte handicapé - AAH et Revenu de solidarité active - RSA) est restée globalement stable entre 2003 et 2011. Cependant, la part de l'AAH est en baisse de 20,0% à 17,5%, tandis que les allocataires du RSA (anciennement Revenu minimum d'insertion - RMI) augmentent de 4,5% à 6,5%. En 2011, 8,7% des moins de 60 ans reçoivent une pension d'invalidité de la sécurité sociale ou d'un autre organisme.

L'évaluation subjective de l'aisance financière -capacité pour les ménages à faire face à leurs besoins- est plus défavorable en 2011 qu'en 2003, avec une augmentation des personnes déclarant faire face difficilement à leurs besoins ou devoir s'endetter pour y parvenir (de 28,7% à 31,5%), et une baisse de plus de 5 points des personnes se déclarant à l'aise ou très à l'aise (de 41,7% à 36,5%). Les privations alimentaires par manque d'argent sont rapportées en 2011 comme en 2003 par 1 personne sur 5. En outre, 8% des répondants rapportent utiliser les aides alimentaires caritatives. Un indicateur de restriction de consommation⁴, utilisé dans les enquêtes européennes pour mesurer la pauvreté en conditions de vie (impossibilité de satisfaire des besoins fondamentaux comme l'alimentation, le chauffage du logement, la célébration des événements festifs, etc.) a été introduit dans le questionnaire en 2011. Selon les critères de l'Insee, plus d'une personne sur 4 (28,2%) rapporte un niveau élevé de restriction de consommation (au moins 4 restrictions de consommation parmi les 9 de l'échelle Insee).

Près de 9 personnes sur 10 ont un logement personnel, avec une augmentation de 3 points des personnes propriétaires de leur logement (de 28,2% à 31,6%).

Participation à la vie des associations de patients

Plus d'un tiers des répondants ont donné de l'argent aux associations de lutte contre le sida dans les 12 mois précédant l'enquête, 13,5% ont participé à des activités proposées par les associations, 9% se déclarent militants ou volontaires associatifs. La participation aux activités est plus élevée en 2011 qu'en 2003 (13,5% *versus* 11,6%), tandis que la proportion de ceux qui font des dons est en recul (37,3% *versus* 40,3%).

Caractérisation de la population vivant avec le VIH en 2011 par groupe socio-épidémiologique (tableaux 1 et 2)

Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)

En 2011, les HSH ont un âge médian de 49 ans; seulement 4% ont moins de 30 ans et 16,3% plus

de 60 ans. Près de 9 sur 10 sont Français de naissance, parmi lesquels 16,5% ont au moins un parent immigré. Par rapport à 2003, la proportion des immigrés a augmenté dans ce groupe (de 6,9% à 9,1%), mais de façon non significative.

La situation sociale des HSH est plus favorable en moyenne que celle des autres PVVIH. Ils appartiennent pour plus de la moitié (52%) aux catégories cadre supérieur ou profession intermédiaire.

L'isolement gagne du terrain par rapport à 2003, ces hommes vivant majoritairement seuls (54,8% contre 50,9% en 2003).

Au moment de l'enquête, près de 7 hommes sur 10 travaillent et 7,9% cherchent un emploi, soit une situation d'emploi similaire à celle de 2003. Un homme sur 5 reçoit une allocation d'invalidité, et dans un cas sur deux il s'agit de l'AAH. Le revenu mensuel médian est de 2 000€ et plus de la moitié se déclarent sans difficulté financière, en baisse par rapport à 2003 (51,3% en 2011 contre 54,6% en 2003). Plus de 90% ont un logement personnel et 44,2% en sont propriétaires, soit une hausse de plus de 8 points entre 2003 et 2011.

Usagers de drogue par injection (UDI)

Les personnes infectées par injection de drogue ont un âge médian de 49 ans pour les hommes et 48 ans pour les femmes, aucune n'a moins de 30 ans et très peu ont dépassé 60 ans (respectivement 1,5% et 3,1% selon le sexe). Près de 9 sur 10 sont Français de naissance, dont plus de 35% sont descendants d'immigrés. Parmi ces derniers, les parents originaires du Maghreb dominant, en particulier d'Algérie et de Tunisie.

Deux tiers environ des UDI appartiennent aux catégories employé ou ouvrier. La proportion de personnes en invalidité est très élevée (48,9% chez les hommes et 58,2% chez les femmes) et a augmenté depuis 2003. En corollaire, le taux d'activité professionnelle est particulièrement bas dans cette population (35,8% des hommes et 18,2% des femmes sont actifs, en baisse par rapport à 2003).

Avec un revenu médian de 1 000€/mois, hommes et femmes sont nombreux à déclarer des difficultés financières (respectivement 43,3% et 48,7%). Plus d'un quart des hommes et 40,3% des femmes rapportent des privations alimentaires par manque d'argent. Ces indicateurs de conditions de vie se sont détériorés par rapport à 2003. En outre, les hommes sont 16,6% à ne pas avoir de logement personnel, les femmes moins de 10%, chiffres stables par rapport à 2003.

Immigrés originaires d'Afrique subsaharienne

Les immigrés d'Afrique subsaharienne viennent pour plus de 80% de cinq pays, dans l'ordre : Côte-d'Ivoire, Cameroun, Congo-Brazzaville, République démocratique du Congo et Centrafrique. Les femmes sont majoritaires (66,5%), dans des proportions comparables à 2003. L'écart d'âge entre hommes et

femmes est de 9 ans, ils ont respectivement 48 et 39 ans d'âge médian, 26,2% des hommes et 51,9% des femmes ont moins de 40 ans.

Dans cette population, 17,2% des hommes et 22,0% des femmes ont acquis la nationalité française. Parmi les personnes de nationalité étrangère, 4 sur 10 ont une carte de résident, la moitié une carte de séjour d'un an, et 1 sur 10 a déclaré être en cours de régularisation ou « sans papier ». Au moment de l'enquête en 2011, l'ancienneté de l'arrivée en France de ces personnes immigrées est respectivement de 11 et 9 ans en médiane, avec 36,6% des hommes et 43,5% des femmes arrivés en France depuis 2003.

Alors que 37,4% des hommes ont un diplôme universitaire, c'est le cas de seulement 11,1% des femmes, qui se concentrent dans les niveaux inférieurs au bac (70,6%). Les ouvriers et les employés sont très largement majoritaires dans les deux sexes (respectivement 70,2% des hommes et 87,5% des femmes).

Hommes et femmes se distinguent quant à leur mode de vie : 45,7% des hommes et 36,1% des femmes vivent en couple, et 2,3% et 31,9%, respectivement, vivent seul(e)s avec des enfants.

La situation d'activité des immigrés d'Afrique subsaharienne se distingue par un taux de chômage élevé (près d'un quart des hommes et des femmes cherchent un emploi) et un taux d'invalidité très bas (5,8% et 9,5%).

Avec un revenu médian par mois de 964€ chez les hommes et 783€ chez les femmes, les difficultés financières concernent respectivement 49,4% et 55,9% d'entre eux, tandis que 28,9% et 34,3% rapportent des privations alimentaires, soit une situation moins mauvaise qu'en 2003. Comparées aux hommes, les femmes sont plus nombreuses à recevoir un minimum social. Près d'une personne sur 5 n'a pas de logement personnel, ce qui marque cependant une amélioration par rapport à 2003.

Autres hommes et femmes

Cette catégorie rassemble principalement des personnes infectées lors de relations sexuelles avec un partenaire de l'autre sexe. Elle est constituée en grande majorité par des Français de naissance (85,5% chez les hommes et 85,1% chez les femmes, dont plus d'un sur 5 a un parent immigré). Parmi les immigrés, les origines sont diverses (Maghreb : 4,4% ; Union européenne : 4% ; autres : 6,1%). Les hommes, âgés de 53 ans en médiane et comptant 28,3% de plus de 60 ans, sont plus âgés que les femmes (âge médian de 47 ans, 16,3% de plus de 60 ans).

La distribution des catégories sociales est assez voisine entre hommes et femmes, les femmes comptant plus d'employés et les hommes plus d'ouvriers. Les hommes vivent plus souvent en couple que les femmes (53,9% contre 42,4%).

La proportion de personnes en emploi est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (62,9% contre 57,4%) tandis que les pourcentages

de chômeurs sont voisins (9,7% et 9,9%). Le taux d'invalidité atteint presque 20%. Par rapport à 2003, la proportion d'actifs en emploi est un peu plus élevée et le taux de chômage stable.

Les allocataires des minima sociaux sont plus nombreux chez les femmes (RSA : 8,5% ; AAH : 21,3%) que chez les hommes (5,8% et 13,9%). Ainsi, les hommes ont un niveau de revenu plus élevé que les femmes (1 533€ contre 1 300€), avec pour corollaire la déclaration d'un meilleur niveau d'aisance financière. Les hommes sont plus souvent propriétaires de leur logement que les femmes, avec une augmentation pour les deux sexes par rapport à 2003. Cependant, la proportion d'hommes sans logement personnel est un peu plus élevée que celle des femmes (12,1% contre 5,9%).

Discussion

Les évolutions de la situation socioéconomique des PVVIH sont restées modestes entre les deux vagues de l'enquête Vespa, espacées de huit ans. Ceci est à mettre en relation avec différents phénomènes. Tout d'abord, la chronicité de l'infection et la forte baisse de la mortalité⁵ ont conduit à un faible renouvellement de la population des PVVIH entre 2003 et 2011. En 2003, les personnes atteintes vivaient déjà avec le VIH depuis une durée médiane de 10 ans environ et étaient âgées d'une quarantaine d'années en moyenne. Leurs trajectoires sociales étaient donc probablement déjà en grande partie tracées. Cependant, on ne peut exclure que l'amélioration de la situation sociale rendue possible par les progrès thérapeutiques ait pu être contrainte par l'infection. Par ailleurs, l'évolution des conditions de vie des PVVIH entre 2003 et 2011 a probablement été influencée par la crise économique majeure apparue en 2008, dont les effets sur la dégradation du contexte socioéconomique général sont massifs. Enfin il faut ajouter, pour comprendre les conditions de vie difficiles d'une partie importante des PVVIH, l'effet de facteurs défavorables tels que le fait de vivre seul et donc d'avoir moins de ressources que les personnes en couple, la fréquence des situations d'inactivité et, pour les immigrés, une immigration assez tardive dans l'âge adulte (30 ans environ pour les immigrés d'Afrique subsaharienne). Ainsi, l'inertie du profil social de la file active serait la résultante, d'une part, d'une amélioration de la santé et du pronostic, qui joue en faveur d'une meilleure insertion et, d'autre part, d'une détérioration du contexte social qui lui est défavorable. On observera cependant la progression de la proportion de propriétaires de leur logement, certes inégale selon les groupes, à mettre à l'actif du combat pour l'accès au crédit des personnes séropositives. Toutefois, la propriété du logement reste très inférieure à celle mesurée en population générale (32% contre 58%)⁶. Ces évolutions globales masquent des différences importantes entre les groupes socio-épidémiologiques et pourraient s'expliquer en partie par les changements de composition de la population des PVVIH survenus

entre 2003 et 2011 (voir l'article de R. Dray-Spira et coll. dans ce même numéro).

L'étude Vespa2 apporte une information nouvelle sur les Français issus de l'immigration, sur lesquels on ne disposait à ce jour d'aucune donnée. En France, d'après les données de l'Insee, les descendants directs d'immigrés (qu'ils soient de nationalité française ou non) comptent pour 9,2% de la population générale⁷; par comparaison, ils constituent 12,9% de la population enquêtée dans Vespa2. Cette proportion est particulièrement élevée chez les usagers de drogue, où elle dépasse 30%, avec une surreprésentation des descendants d'Algériens et de Tunisiens, reflétant une épidémie de toxicomanie et de sida qui a touché spécifiquement ces populations issues de l'immigration dans les années 1980. À noter que ces observations concernent uniquement les personnes survivantes en 2011 au sein de cette population des UDI, qui a été et reste affectée par une très forte mortalité⁵. La proportion de « deuxième génération » est aussi élevée parmi les « autres hommes et femmes », de l'ordre de 15%, soit une proportion plus élevée qu'en population générale.

Le vieillissement de la population séropositive, qui traduit l'impact de l'efficacité des traitements, fait surgir de nouvelles questions de nature sociale et médicale. Les données récentes suggèrent qu'à l'ère des multithérapies antirétrovirales, l'espérance de vie des personnes séropositives se rapproche de celle de la population générale⁸. C'est pourquoi, la part des PVVIH de plus de 70 ans, encore limitée en 2010, devrait augmenter dans les années qui viennent.

Enfin, les résultats confirment la place importante des associations de lutte contre le sida comme acteur collectif de la sociabilité des PVVIH. Plus élevée dans les groupes en plus grandes difficultés sociales, la participation à la vie associative concerne tous les groupes de patients et souligne son intérêt dans le contexte de chronicité de l'infection par le VIH. ■

Références

- [1] Cohen MS, Muessig KE, Smith MK, Powers KA, Kashuba AD. Antiviral agents and HIV prevention: controversies, conflicts, and consensus. *AIDS*. 2012; 26(13):1585-98.
- [2] The HIV Modelling Consortium Treatment as Prevention Editorial Writing Group. HIV treatment as prevention: models, data, and questions - Towards evidence-based decision-making. *PLoS Med*. 2012; 9(7):e1001259.
- [3] Peretti-Watel P, Riandey B, Dray-Spira R. Surveying the HIV-positive population in France. *Population (English Edition)*. 2005; 60(4):449-72.
- [4] Godefroy P, Ponthieux S. Pauvreté en conditions de vie en France et privations matérielles dans les pays de l'Union européenne. *Les Travaux de l'Observatoire 2009-2010*. 2010; 289-314.
<http://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/Godefroy.pdf>
- [5] Roussillon C, Hénard S, Hardel L, Rosenthal E, Aouba A, Bonnet F, *et al.* Causes de décès des patients infectés par le VIH en France en 2010. Étude ANRS EN20 Mortalité 2010. *Bull Epidémiol Hebd*. 2012;(46-47):541-45.
http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=11148
- [6] Institut national de la statistique et des études économiques. France, portrait social - Insee Références - Édition 2012.
<http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/sommaire.asp?codesage=FPORSOC12>
- [7] Institut national de la statistique et des études économiques. Immigrés et descendants d'immigrés en France - Insee Références - Édition 2012.
<http://insee.fr/fr/publications-et-services/sommaire.asp?codesage=IMMFRA12>
- [8] May M, Gompels M, Delpech V, Porter K, Post F, Johnson M, *et al.* Impact of late diagnosis and treatment on life expectancy in people with HIV-1: UK Collaborative HIV Cohort (UK CHIC) Study. *BMJ*. 2011; 343:d6016.

Citer cet article

Lert F, Annequin M, Tron L, Aubrière C, Hamelin C, Spire B, *et al.*, et le groupe Vespa2. Situation socioéconomique des personnes vivant avec le VIH suivies à l'hôpital en France métropolitaine en 2011. Premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa2. *Bull Epidémiol Hebd*. 2013; (26-27):293-9.

SITUATION SOCIALE ET ÉTAT DE SANTÉ DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH AUX ANTILLES, EN GUYANE ET À LA RÉUNION EN 2011. PREMIERS RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE ANRS-VESPA2

// SOCIAL STATUS AND HEALTH CONDITIONS OF PERSONS LIVING WITH HIV IN FRENCH WEST INDIES, FRENCH GUIANA, AND REUNION ISLAND IN 2011. FIRST RESULTS OF THE ANRS-VESPA2 SURVEY

France Lert (france.lert@inserm.fr)^{1,2}, Cindy Aubrière^{1,2}, Kayigan d'Almeida Wilson^{1,2}, Christine Hamelin^{1,2}, Rosemary Dray-Spira^{1,2} et le groupe Vespa2

¹ Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations, Inserm, U1018, Villejuif, France

² Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, UMRS 1018, Villejuif, France

Soumis le 09.04.2013 // Date of submission: 04.09.2013

RÉSUMÉ // Abstract

L'enquête Vespa2 a été menée en 2011 auprès de 598 patients suivis pour le VIH dans les hôpitaux de Guadeloupe, Martinique, Guyane (Cayenne), Saint-Martin et La Réunion. Les données, pondérées et redressées, sont extrapolables à la population vivant avec le VIH et suivie à l'hôpital dans ces départements.

Les indicateurs sociaux en 2011 apparaissent relativement stables par rapport à 2003. Ils sont marqués par de faibles taux d'activité professionnelle (malgré l'importance de l'emploi non déclaré), des revenus faibles, des niveaux élevés de restrictions alimentaires par manque d'argent, avec une situation plus défavorable dans les départements français d'Amérique qu'à La Réunion. La non-divulgation de la maladie aux proches, sans changement depuis 2003, reste un phénomène fréquent aux Antilles et en Guyane.

La proportion de personnes traitées a fortement augmenté entre 2003 et 2011 et est au même niveau qu'en métropole. Les résultats thérapeutiques sont identiques à la métropole en termes de CD4, mais la proportion de charge virale non contrôlée (de 67,9% à 81,7%) est plus élevée.

Dans les départements d'outre-mer, territoires présentant des situations contrastées sur le plan épidémiologique et social, l'efficacité accrue des traitements a permis partout une amélioration de l'état de santé tandis que la situation sociale ne marque pas de progrès entre les deux vagues de l'enquête.

The VESPA2 Study was conducted in 2011 among 598 HIV-infected outpatients in hospitals of Guadeloupe, Martinique, French Guiana (Cayenne), Saint-Martin and Reunion Island. Weighted data can be extrapolated to the population of persons living with HIV (PLWH) and followed at hospital in these regions.

Indicators of social conditions in 2011 show limited changes compared to the situation in 2003. Main outlines include low rates of occupational activity -with high levels of undeclared work-, low resources and high levels of food restrictions due to lack of money. The situation is worse in the French Departments of America than in Reunion Island. Non-disclosure of HIV status, at a stable level compared to 2003, remains a frequent phenomenon in these regions.

The proportion of persons on antiretroviral therapy strongly increased between 2003 and 2011, reaching the same level as in Metropolitan France. Among those treated, CD4 levels are the same as in Metropolitan France, though the proportion of patients with an uncontrolled viral load (between 67.9% and 81.7%) is higher.

In the French overseas departments where the situation regarding the social context and the epidemiology of HIV infection is diversified, the enhanced efficacy of ART allowed an improvement of health status, while the social situation of PLWH has remained poor.

Mots-clés : VIH, Conditions de vie, Statut social, Départements d'outre-mer
// Keywords: HIV, Living conditions, Social status, French overseas territories

Introduction

Régis par un statut territorial unique, les départements d'outre-mer (DOM) présentent des singularités historiques, politiques et sociales propres à chaque contexte. La dynamique démographique de ces territoires est aussi fortement contrastée. Bien qu'hétérogène entre départements, la situation économique apparaît globalement défavorable dans les différents

départements, avec un faible développement de l'appareil productif, des revenus bas et un taux d'emploi très inférieur à celui de la moyenne nationale¹. En matière d'infection à VIH, les taux de nouveaux cas rapportés à la population dans les trois départements français d'Amérique (DFA) sont au-dessus de la moyenne nationale et, pour la Guyane et la Guadeloupe, au-dessus de l'Île-de-France, tandis que La Réunion a une situation épidémiologique plus favorable².

Cet article présente les principales caractéristiques de la population vivant avec le VIH dans le champ démographique, social et médical à partir de l'enquête ANRS-Vespa2 (VIH : Enquête sur les personnes atteintes) menée en 2011, en s'attachant aux évolutions depuis la première vague d'enquête réalisée en 2003^{3,4} et aux écarts avec la métropole.

Matériel et méthodes

Enquête nationale représentative auprès de la population vivant avec le VIH suivie à l'hôpital, l'enquête Vespa2 effectuée en 2011 fait suite à une première enquête réalisée en 2003 selon un protocole similaire (cf. focus « Méthodologie générale de l'enquête ANRS-Vespa2 », dans ce numéro). La Réunion, qui n'avait pas été incluse en 2003, l'a été en 2011. En revanche, Mayotte, devenue département seulement après le lancement de l'étude, n'a pas été étudiée. Saint-Martin, devenu collectivité d'outre-mer en 2007, est présenté de façon individuelle, en raison de sa structure démographique dominée par une très forte immigration des pays voisins de la Caraïbe.

Les indicateurs démographiques, sociaux, ceux relatifs au contexte relationnel et les paramètres médicaux sont présentés par département avec, pour chacun, les évolutions par rapport à 2003. La taille de l'échantillon enquêté dans chaque département reste modeste et ne permet pas de distinguer les sous-populations par sexe ou nationalité par département. Les indicateurs médicaux ont été comparés à ceux de la métropole compte tenu de l'uniformité des recommandations cliniques de prise en charge de la maladie. En raison de la taille limitée des échantillons dans chaque département, les proportions de diagnostics tardifs (<350 CD4/mm³ ou sida) et ultra-tardifs (<200 CD4/mm³ ou sida) parmi les cas les plus récents (diagnostiqués entre 2003 et 2010) sont présentées au niveau global pour l'ensemble des DOM.

Toutes les données présentées sont pondérées et redressées, fournissant ainsi des estimations extrapolables à l'ensemble de la population séropositive diagnostiquée depuis au moins⁶ mois et suivie à l'hôpital à l'échelle des départements concernés et, pour la Guyane, de la région de Cayenne.

Premiers résultats

Profils épidémiologiques et sociaux des personnes vivant avec le VIH dans chaque DOM et à Saint-Martin (tableaux 1, 2 et 3)

Au total, 598 personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ont participé à l'étude; leur répartition reflète la distribution de la file active dans les hôpitaux de chaque DOM.

Martinique

Dans la file active des patients suivis en Martinique, les patients diagnostiqués entre 2003 et 2011 représentent environ 1 personne sur 3. La population séropositive est composée pour 20,9% d'hommes

contaminés par rapports homosexuels, pour 38,3% d'hommes hétérosexuels ou contaminés par d'autres voies et pour 40,8% de femmes. La majorité de la population (91,8%) est de nationalité française. En 2011, l'âge médian est de 49 ans et 20,7% des patients ont plus de 60 ans. Parmi les moins de 60 ans, 43,2% ont un emploi déclaré, 18,7% travaillent dans le secteur informel et 8,2% sont en recherche d'emploi. Les minima sociaux (Revenu de solidarité active -RSA et Allocation adulte handicapé -AAH) concernent plus d'une personne sur 4. L'appréciation des ressources est appréhendée par des questions empruntées aux enquêtes Conditions de vie des ménages, menées par l'Insee de façon régulière : près de 4 personnes sur 10 rapportent des difficultés financières majeures pour faire face à leurs besoins et plus d'un quart des répondants rapportent des privations alimentaires par manque d'argent (26,8%).

Plus de 4 personnes sur 10 vivent seules et les familles monoparentales comptent pour 15,4% des enquêtés; 1 personne sur 5 vit en couple. Près d'un quart des patients n'ont informé personne de leur entourage de leur maladie.

Au cours des 12 derniers mois, 68,8% des patients ont eu des rapports sexuels, 59,9% ont un partenaire stable et 31% ont eu au moins un partenaire occasionnel. Parmi les sexuellement actifs, 62,7% ont utilisé un préservatif au dernier rapport (tous types de partenaires confondus).

Par rapport à 2003, la distribution des cas par sexe (en distinguant les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes des autres hommes) et la part des étrangers restent stables, l'âge moyen augmente de 8 ans. Le taux d'activité a augmenté par l'accroissement du travail non déclaré tandis que les indicateurs de ressources sont restés stables. La proportion de propriétaires de leur logement est passée de 25,6% à 33,7%. Les caractéristiques du mode de vie et de la sexualité sont stables (à noter que l'utilisation du préservatif au dernier rapport n'était pas documentée en 2003).

Guadeloupe

Les PVVIH suivies dans les deux hôpitaux de la Guadeloupe ont été pour 43,9% diagnostiquées depuis 2003. Elles sont âgées de 49 ans en médiane. Globalement, les femmes représentent un peu moins de la moitié de la population séropositive (47,9%), tandis que les hommes se répartissent en 23,6% d'hommes contaminés par des rapports homosexuels et 28,5% d'hommes hétérosexuels. La part des étrangers est de 35,3%; il s'agit d'immigrés de longue date dans le département avec une ancienneté de 12 ans en médiane lors de l'enquête. Parmi les étrangers, 93,2% sont des Haïtiens et 33,6% ont une carte de résident, c'est-à-dire une autorisation de séjour de 10 ans. Le taux d'activité parmi les moins de 60 ans (63,9%) comporte une part importante d'emploi non déclaré (27,2%). Plus d'un patient sur 3 reçoit un minima social (le RSA : 21,3% ou l'AAH : 14,5%).

Près de la moitié des patients déclarent des difficultés financières importantes et 38,3% des privations alimentaires. Plus de 9 personnes vivant avec le VIH sur 10 ont un logement personnel et, parmi elles, 40,2% sont propriétaires de leur logement.

Près de 40% des PVVIH en Guadeloupe vivent seules, 19,5% en famille monoparentale et 30,4% en couple. Un quart d'entre elles n'ont pas révélé leur maladie à leurs proches.

La proportion de personnes ayant eu une activité sexuelle dans l'année est de 59,9%, et 1 personne sur 4 rapporte des rapports avec au moins un partenaire occasionnel au cours des 12 derniers mois. Au dernier rapport, 76,6% ont utilisé le préservatif.

La comparaison avec 2003 indique une augmentation de 3 ans de l'âge médian, qui n'est pas significative; elle fait apparaître aussi une augmentation de la part des étrangers dans la population vivant avec le VIH (de 24,3% à 35,3%). Le taux d'activité augmente du seul fait de l'accroissement du travail non déclaré. La proportion d'allocataires des minima sociaux reste stable, résultat d'une diminution des bénéficiaires de l'AAH et d'une augmentation des personnes recevant le RSA. La détérioration de l'indicateur d'aisance financière porte sur la baisse de la proportion des plus aisés. La fréquence de la révélation de la maladie dans l'entourage ne progresse pas. Les caractéristiques du mode de vie et les comportements sexuels apparaissent stables.

Saint-Martin

Les femmes sont majoritaires dans la population séropositive suivie à l'hôpital français de Saint-Martin, et la proportion d'hommes contaminés par rapports homosexuels est très faible. L'âge médian est de 49 ans. La file active est constituée pour 78,5% d'étrangers venant principalement d'Haïti (63,2% de la file active). Près d'une personne sur 2 a été diagnostiquée après 2003. Le niveau d'emploi est de 56,3%, dont 24,2% dans le secteur informel. Les proportions de bénéficiaires du RSA et de l'AAH sont voisines, autour de 11%. La très grande majorité des personnes suivies pour le VIH ont un logement personnel (81,8%) mais rapportent un niveau de ressources insuffisant : 7 sur 10 expriment des difficultés financières majeures et près de 6 sur 10 rapportent ne pas pouvoir se nourrir correctement par manque d'argent. Les PVVIH à Saint-Martin vivent seules (38,6%) ou seules avec des enfants (34,1%), les couples étant très peu nombreux (20,5%). Pour un tiers des patients, aucune personne de l'entourage n'est informée de leur maladie. Deux PVVIH sur 3 rapportent avoir eu des rapports sexuels dans les 12 derniers mois, dont 44% avec un partenaire stable et 24,3% avec au moins un partenaire occasionnel. Un peu plus de la moitié (55%) rapportent avoir utilisé un préservatif au dernier rapport.

Tableau 1

Caractéristiques démographiques des personnes vivant avec le VIH et suivies à l'hôpital dans les DOM, par département. Enquête ANRS-Vespa2 (2011), données pondérées et redressées

	Martinique			Guadeloupe			Saint-Martin			Guyane			La Réunion ¹
	2003 n=92	2011 n=129	p	2003 n=140	2011 n=168	p	2003 n=31	2011 n=56	p	2003 n=102	2011 n=136	p	2011 n=108
Groupe	0,41			0,02			0,97			0,60			
Homme contaminé par rapport homosexuel	26,3	20,9		18,0	23,6		4,5	3,5		3,4	3,2		34,5
Homme non contaminé par rapport homosexuel	29,7	38,3		45,6	28,5		38,8	38,1		42,9	36,5		32,0
Femme	44,0	40,8		36,5	47,9		56,7	58,4		53,7	60,4		33,5
Âge	<0,01			0,65			0,04			0,69			
Médiane (IIQ) ²	41 (36-48)	49 (43-56)		46 (39-55)	49 (40-58)		42 (37-53)	49 (40-51)		43 (34-51)	43 (35-54)		47 (41-54)
Nationalité	0,92			0,07			0,95			0,06			
Française	92,2	91,8		75,7	64,7		20,9	21,5		36,5	23,4		96,9
Étrangère	7,8	8,2		24,3	35,3		79,1	78,5		63,5	76,6		3,1
Période de diagnostic													
Avant 1996	59,1	36,9		49,6	27,8		32,8	15,8		29,4	10,1		41,4
1996 à 2002	40,9	30,3		50,4	28,3		67,2	36,3		70,6	20,5		33,3
À partir de 2003	-	32,8		-	43,9		-	47,8		-	69,4		25,3

¹ L'enquête n'a pas eu lieu à La Réunion en 2003.

² Intervalle interquartile.

Tableau 2

Situation socioéconomique et conditions de vie matérielle parmi les personnes vivant avec le VIH et suivies à l'hôpital dans les DOM, par département. Enquête ANRS-Vespa2 (2011), données pondérées et redressées

	Martinique			Guadeloupe			Saint-Martin			Guyane			La Réunion ¹
	2003	2011	p	2003	2011	p	2003	2011	p	2003	2011	p	2011
	n=92	n=129		n=140	n=168		n=31	n=56		n=102	n=136		n=108
Statut d'emploi (<60ans)	0,18			0,01			0,01			0,26			
Actif déclaré	39,5	43,2		37	36,7		8,9	32,1		29,8	21,1		50,2
Actif non déclaré	8,9	18,7		9	27,2		46,4	24,2		20,2	14,2		7,7
Chômage	15,3	8,2		12,8	7,6		35,7	12,8		30,4	33,4		13,8
Inactif	36,3	30,0		41,2	28,5		8,9	31,0		19,6	31,3		28,3
Aisance financière	0,40			<0,01			0,54			<0,01			
Vous y arrivez difficilement ou en faisant des dettes	31,0	38,9		48,3	48,7		68,2	69,7		41,9	77,0		32,4
C'est juste, il faut faire attention	34,9	35,1		26,1	39,7		16,7	9,1		26,7	17,3		40,7
Ça va, vous êtes plutôt à l'aise, ou vraiment à l'aise	34,1	26,1		25,6	11,6		15,2	21,1		31,4	5,7		26,9
Minima sociaux													
AAH	17,7	11,1	0,19	30,4	14,5	<0,01	3	11,5	0,14	8	6,0	0,52	11,3
RSA	16,8	15,4	0,79	8,9	21,3	<0,01	10,4	11,6	0,87	26,5	28,5	0,76	15,2
Pension d'invalidité	2,6	6,3	0,26	3,3	12,9	<0,01	0	0	-	1,5	1,2	0,87	0,8
Pas de logement personnel	25	11,4	0,02	9,8	9,8	0,74	9,1	12,2	0,67	16,8	35,9	0,04	10,4
Privations alimentaires par manque d'argent	28,9	26,8	0,74	35,8	38,3	0,69	31,8	58,1	0,03	48,9	38,7	0,18	16,0

¹ L'enquête n'a pas eu lieu à La Réunion en 2003.

Les évolutions par rapport à 2003 sont à prendre avec prudence compte tenu de la petite taille des échantillons aux deux phases de l'enquête. La distribution par sexe et la répartition entre Français et étrangers sont stables. L'âge médian de la file active augmente de 7 ans. La structure d'activité professionnelle évolue avec plus d'actifs occupés sans contrat et moins de personnes en recherche d'emploi. Pendant cette période, les privations alimentaires se sont accrues. La révélation aux proches ne se modifie pas de façon significative. Les indicateurs d'activité sexuelle marquent une augmentation des personnes sexuellement actives en 2011, augmentation qui porte sur les partenaires stables comme sur les partenaires occasionnels.

Guyane

En raison d'une épidémie hétérosexuelle très dynamique, 69,4% de la population séropositive de Guyane, limitée ici à la file active suivie à Cayenne, est composée en 2011 de personnes diagnostiquées depuis 2003, avec une majorité de femmes

et très peu de contaminations masculines associées à des rapports sexuels entre hommes. La moitié des patients ont entre 35 et 54 ans (43 ans d'âge médian). Cette population compte une large majorité d'étrangers dont 3 sur 4 viennent d'Haïti. L'ancienneté de présence de ces étrangers sur le territoire guyanais est de 19 ans en médiane lors de l'enquête ; pourtant, plus de 6 sur 10 ont un titre de séjour d'un an ou plus court.

Les actifs, quel que soit le secteur, déclaré ou informel, sont minoritaires et plus d'une personne sur 3 est en recherche active d'emploi. Peu de patients reçoivent l'AAH (6%), tandis que plus d'un sur 4 est allocataire du RSA. En termes de conditions de vie, la part des personnes hébergées par la famille ou les proches est élevée (26%), tandis que 7% environ n'ont pas de logement personnel ou vivent en foyer. La grande majorité connaît des difficultés financières majeures et les privations alimentaires par manque d'argent atteignent près de 40% des PVVIH.

Tableau 3

Type de ménage, révélation de l'infection à l'entourage, vie sexuelle parmi les personnes vivant avec le VIH et suivies à l'hôpital dans les DOM, par département. Enquête ANRS-Vespa2 (2011), données pondérées et redressées

	Martinique			Guadeloupe			Saint-Martin			Guyane			La Réunion ¹
	2003 n=92	2011 n=129	p	2003 n=140	2011 n=168	p	2003 n=31	2011 n=56	p	2003 n=102	2011 n=136	p	2011 n=108
Type de ménage	0,28			0,81			0,29			0,13			
Seul	37,9	45,5		43,8	37,6		26,9	38,6		29,7	30,3		29,3
Seul avec enfant (famille monoparentale)	20,7	15,6		20,0	19,5		28,4	34,1		19,9	21,9		9,5
Couple avec ou sans enfant vivant au foyer	29,8	19,2		24,6	30,4		41,8	20,5		38,7	35,8		48,8
Autre	11,6	19,6		11,6	12,5		3,0	6,8		11,7	12,0		12,4
Connaissance de l'infection dans l'entourage	80,3	76,7	0,55	73,7	74,4	0,90	78,8	65,6	0,20	70,6	69,1	0,83	90,1
Activité sexuelle dans l'année	58,3	68,8	0,13	61,9	59,9	0,76	47	67,7	0,07	65,7	62,3	0,62	72,4
Partenaire stable	47,8	59,9	0,10	39,8	54,3	0,03	47	44	0,80	50,4	69,1	<0,01	66,0
Au moins un partenaire occasionnel dans l'année	28,6	31,0	0,72	26	25,2	0,89	4,5	24,3	0,01	16,1	13,1	0,53	30,4
Préservatif au dernier rapport parmi les personnes sexuellement actives	-	62,7		-	76,6		-	55,0		-	65,7		55,7

¹ L'enquête n'a pas eu lieu à La Réunion en 2003.

Un peu plus de la moitié des personnes vivent seules (30,3%) ou seules avec des enfants (21,9%), 35,8% en couple avec ou sans enfants, et 12% avec d'autres adultes. Trois personnes vivant avec le VIH sur 10 n'ont informé personne de leur maladie dans leur entourage.

Une activité sexuelle dans l'année est rapportée par un peu plus de 60% des répondants. Sept personnes sur 10 ont une relation stable, et 13,1% ont eu au moins un partenaire occasionnel dans les 12 derniers mois. L'utilisation du préservatif au dernier rapport concerne les deux-tiers des répondants.

Par rapport à 2003 et en restreignant la comparaison à la file active suivie à Cayenne, l'évolution est marquée par une stabilité de la répartition par sexe, une stabilité de l'âge médian de la file active, une augmentation de la part des étrangers, des variations non significatives du niveau d'activité professionnelle, une détérioration du niveau de ressources et une augmentation de la part des personnes hébergées par des proches. Concernant la vie affective et sexuelle, les personnes ayant une relation stable sont plus nombreuses en 2011 qu'en 2003.

La Réunion

La population suivie pour le VIH dans les deux hôpitaux de La Réunion se répartit presque également entre hommes contaminés par relations

homosexuelles (34,5%), autres hommes (32%) et femmes (33,5%). L'immense majorité des PVVIH sont des Français de naissance (96,9%). La moitié ont entre 41 et 54 ans avec un âge médian de 47 ans. Environ 1 personne sur 4 a été diagnostiquée depuis 2003. Le taux d'activité est de 50,2% et peu des PVVIH travaillent dans le secteur informel (7,7%). Un peu plus d'un quart des personnes vivant avec le VIH touchent un minima social (RSA : 15,2% ; AAH : 11,3%). Près de 9 personnes sur 10 ont un logement personnel. L'appréciation de l'aisance financière situe la majorité des patients dans la catégorie intermédiaire (des revenus juste suffisants) et 16% rapportent des privations alimentaires par manque d'argent.

La vie en couple concerne près d'une personne sur 2 (48,8%). Plus de 9 personnes sur 10 ont informé leur entourage de leur séropositivité. L'activité sexuelle dans l'année est rapportée par 7 personnes sur 10, la plupart ont un partenaire stable et 30,4% ont eu au moins un partenaire occasionnel au cours des 12 derniers mois. Le niveau d'utilisation du préservatif au dernier rapport est de 55,7%.

Indicateurs médicaux (tableau 4)

Globalement dans les DOM, parmi les personnes nouvellement diagnostiquées entre 2003 et 2011, 55,3% l'ont été à un stade tardif de l'infection et

Tableau 4

Indicateurs médicaux parmi les personnes vivant avec le VIH et suivies à l'hôpital dans les DOM, par département, et comparaison avec la file active de métropole. Enquête ANRS-Vespa2 (2011), données pondérées et redressées

	Martinique			Guadeloupe			Saint-Martin			Guyane			La Réunion ¹		Métropole
	2003 n=92	2011 n=129	p	2003 n=140	2011 n=168	p	2003 n=31	2011 n=56	p	2003 n=102	2011 n=136	p	2011 n=108	2011 n=3 022	
Antécédents de sida ou maladie opportuniste	28,1	34,4	0,34 ² 0,09 ³	26,3	25,8	0,92 ² 0,76 ³	23,9	24,2	0,97 ² 0,60 ³	20,6	31,6	0,07 ² 0,34 ³	31,4	0,37 ³	27,1
Traitement en cours au moment de l'étude	66,8	88,8	<0,01 ² 0,15 ³	72,9	95,6	<0,01 ² 0,43 ³	79,1	91,6	0,10 ² 0,71 ³	75,9	92,4	0,02 ² 0,94 ³	91,7	0,63 ³	93,3
Parmi les traités, charge virale <50 copies/ml	-	81,7	0,02 ³	-	80,1	0,01 ³	-	77,9	0,01 ³	-	67,9	<0,001 ³	79,8	0,01 ³	88,8
Parmi les traités, CD4/mm³ au dernier bilan			0,01 ² 0,57 ³			<0,01 ² 0,76 ³			<0,01 ² 0,45 ³			<0,01 ² 0,01 ³		0,09 ³	
<200	11	5,6		20,8	12,2		30,2	9,6		23,4	13,0		11,3		4,9
200-350	32,9	15,0		30,5	8,8		47,2	15,5		40,1	21,9		13,8		15,5
>350-500	14,8	28,3		24	27,9		22,6	25,2		20,2	23,9		21,4		22,9
>500	41,3	51,1		24,7	51,1		0	49,7		16,3	41,2		53,5		56,7

¹ L'enquête n'a pas eu lieu à La Réunion en 2003 ; ² p comparaison 2003 2011 ; ³ Comparaison département métropole.

36,7% à un stade ultra-tardif, soit des niveaux plus élevés que ceux de la métropole (48,6% et 29,8%, respectivement). La proportion des patients sous traitement antirétroviral (ARV) dépasse 90% dans tous les départements, sauf en Martinique où elle est légèrement inférieure (88,8%). Parmi les personnes traitées, la proportion de personnes ayant une charge virale contrôlée (au seuil de 50 copies/ml) est voisine de 80%, sauf en Guyane où 67,9% seulement des personnes traitées atteignent ce seuil d'indéteçtabilité. Par rapport à 2003, dans les seuls DFA, en prenant pour référence le seuil de 400 copies correspondant à la technique la plus courante à l'époque, la proportion des patients indéteçtables a fortement augmenté (de 20% à 30%) dans tous les territoires, sauf à Saint-Martin (proportion constante à 18%). Le pourcentage de patients sous ARV ayant un taux de CD4 inférieur à 200/mm³ varie de 5,6% en Martinique à 13% en Guyane, tandis que les patients ayant plus de 500 CD4/mm³ augmentent fortement, avec un pourcentage variant de 41,2% en Guyane à 53,5% à La Réunion. Comparés aux patients des services métropolitains en 2011, ceux des DOM sont aussi fréquemment traités dans chaque département. Cependant, la proportion de personnes traitées et ayant une charge virale indéteçtable est systématiquement plus basse dans tous les départements par rapport à l'hexagone et, en Guadeloupe et en Guyane, les taux de CD4 marquent un niveau significativement plus bas. La proportion de personnes ayant eu une maladie classante pour le stade sida varie de 24,2% à Saint-Martin à 34,4% en Martinique

et ne diffère pas de celle observée en France métropolitaine (27,4%).

Au cours des 12 mois précédant l'enquête, le taux d'hospitalisation complète (toutes causes confondues et à l'exception des hospitalisations liées à la grossesse) a dépassé 20% dans tous les départements et a atteint 30% en Guyane. Ces taux sont comparables à ceux observés dans l'hexagone (24%).

Discussion

Parmi les PVVIH, l'hétérogénéité entre les DOM est très marquée sur le plan social alors que la situation médicale, malgré quelques variations, est très voisine.

Le vieillissement de la population séropositive par rapport à 2003, différent d'un département à l'autre (nul en Guyane et de 8 ans en Martinique), traduit la diversité de la tendance et de la composition de l'épidémie selon les territoires, et sans qu'on puisse le documenter ici d'un possible effet de départ d'étrangers vivant avec le VIH qui affecterait la file active suivie. Dans les DFA, le retard au diagnostic se maintient malgré un taux de dépistage élevé et croissant en population. L'immense majorité des patients sont traités, avec des résultats marqués par une distribution des niveaux de CD4 similaire à celle observée dans la file active de métropole, mais un pourcentage des patients traités avec une charge virale supérieure à 50 copies plus élevé, évoquant des difficultés d'observance sans doute liées à des déterminants multiples.

La situation sociale des PVVIH apparaît dans les DOM plus difficile que sur le territoire métropolitain. Elle doit être mise en perspective avec le contexte démographique et social de chaque territoire, compte tenu d'une situation sociale et économique globalement plus défavorable. Elle tient, en partie, à la proportion très élevée des étrangers parmi les PVVIH, qui est importante en Guyane, en Guadeloupe et à Saint-Martin. Ce trait démographique est le reflet des migrations internationales qui affectent ces départements. Toutefois, la surreprésentation des étrangers dans la file active VIH est plus marquée en Guadeloupe y inclus Saint-Martin (pour les deux territoires réunis : 47,4% parmi les PVVIH vs. 4,3% en population générale) qu'en Guyane (76,6% et 38,3% respectivement). Le poids des étrangers sur les indicateurs sociaux mesurés dans Vespa2 est donc important et reflète la situation très précaire des étrangers dans les DOM sur le plan légal et économique^{5,6,7}.

Il convient de noter que l'étude Vespa2 n'a pas documenté les migrations avec la métropole, qui affectent de façon majeure la démographie des DOM (départ de jeunes pour étudier et travailler, arrivée de métropolitains dans les emplois qualifiés, retour de retraités) et pourraient aussi affecter la population vivant avec le VIH.

L'isolement très marqué des PVVIH, notamment le fait de vivre seul ou en famille monoparentale, ne diffère pas fortement des modes de vie observés en population générale : la part des familles monoparentales varie de 20% à 25% en population générale⁸ et de 9,5% à 21,9% parmi la population vivant avec le VIH (avec un pic à 34,1% à Saint-Martin). À l'inverse, à La Réunion, la structure des ménages parmi les PVVIH, avec notamment un niveau plus bas des familles monoparentales, tient à la part importante des hommes homosexuels dans la population séropositive. Ainsi, la mise en perspective de la situation des PVVIH reflète une situation générale des modes de vie et ne s'explique pas seulement par un isolement marqué de ces personnes.

Les PVVIH dans les DOM ont des niveaux de ressources et d'activité professionnelle faibles. Encore l'enquête Vespa2 prend-elle en compte les emplois non déclarés que ne considèrent pas les statistiques officielles malgré l'importance du secteur informel dans les DOM. L'Insee évalue à 38% l'écart de revenu entre les DOM et la métropole, avec des variations par département et un léger avantage à la Martinique dans le contexte ultramarin⁹. Une part de cet écart de revenus est liée au niveau d'emploi, à la structure des qualifications et à la contribution importante des minima sociaux au revenu des ménages. Parmi les PVVIH, la hiérarchie entre départements des revenus médians et du niveau des privations suit celle observée en population générale, à l'exception de la Guyane qui occupe la place la plus défavorable dans Vespa2 (place occupée par la Guadeloupe dans la statistique Insee). Il en va de même pour le logement, avec une proportion élevée de patients sans logement personnel, situation beaucoup plus rare dans les autres territoires. Ceci peut être lié à

la proportion majoritaire des étrangers parmi les malades suivis à Cayenne.

Dans chaque territoire des DFA, aucun changement n'est observé dans la révélation de la maladie à l'entourage par rapport à 2003 où le dévoilement de l'infection VIH apparaissait tardif, forcé par la détérioration de l'état de santé et circonscrit à un petit nombre voire à un seul confident¹⁰, suggérant la permanence d'une forte stigmatisation associée à l'infection à VIH.

Conclusion

Dans les DOM, territoires marqués par des situations contrastées sur le plan épidémiologique, la prise en charge médicale des PVVIH a permis des progrès importants depuis 2003, en dépit d'un phénomène persistant de diagnostic tardif. Dans le même temps, leur situation sociale n'a pas connu d'amélioration, notamment en raison d'un contexte économique défavorable et d'un climat de stigmatisation qui laisse encore beaucoup de personnes vivre leur maladie dans le secret.

Dans l'objectif de mettre en perspective la situation et les comportements des PVVIH au sein de la population générale, des questions communes ont été posées dans l'enquête Vespa2 et dans l'enquête KABP menée à la même période. Elles permettront d'appréhender dans des conditions optimales, les éventuelles spécificités liées au VIH en termes de situation sociale, d'impact sur les conditions de vie et de comportements sexuels. De plus, le volet développé sur les discriminations dans l'enquête Vespa2 permettra d'appréhender les liens entre le secret à propos de l'infection et les attitudes en population générale vis-à-vis du VIH que mesure l'enquête KABP. ■

Références

- [1] Bouillon K, Lert F, Michelot F, Schmaus A, Spire B, Dray-Spira R. Les patients vivant avec le VIH-sida dans les départements français d'Amérique : résultats de l'enquête ANRS-VESPA, 2003. Bull Epidémiol Hebd. 2005; (46-47):240-2. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=3220
- [2] Masse V, Dray-Spira R, Spire B, Schmaus A, Lert, F. Vie de couple, vie sexuelle et prévention chez les hétérosexuels vivant avec le VIH-sida aux Antilles et en Guyane. Résultats de l'enquête ANRS-Vespa, 2003. Bull Epidémiol Hebd. 2005; (46-47):243-4. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=3037
- [3] Marie CV, Rallu JL. Les tendances démographiques et migratoires dans les régions ultrapériphériques : quel impact sur la cohésion économique, sociale et territoriale ? Rapport de synthèse. Paris: Ined; 2011. 252 p.
- [4] Cazein F, Le Strat Y, Pillonel J, Lot F, Bousquet V, Pinget R, et al. Dépistage du VIH et découvertes de séropositivité, France, 2003-2010. Bull Epidémiol Hebd. 2011; (43-44):446-54. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=10153
- [5] Institut national de la statistique et des études économiques; Institut national d'études démographiques. Migrations, famille et vieillissement : défis et enjeux pour la Guyane. Antianéchos. 2012; (21):1-8. http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=25&ref_id=19085

[6] Institut national de la statistique et des études économiques; Institut national d'études démographiques. Migrations, famille et vieillissement : défis et enjeux pour la Guadeloupe. *Antianéchos*. 2012; (19):1-8.
http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=26&ref_id=19080

[7] Institut national de la statistique et des études économiques; Institut national d'études démographiques. Migrations, famille et vieillissement : défis et enjeux pour la Martinique. *Antianéchos*. 2012; (20):1-8.
http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=23&ref_id=19068

[8] Temporal F. L'évolution démographique récente dans les départements d'outre-mer. *Polit Soc Familiales*. 2011; (106):87-93.

[9] Michel C, Theulière M, Missègue N. Les inégalités de revenus entre les DOM et la métropole. *Insee Première*. 2010; (1279):1-4.

[10] Bouillon K, Lert F, Sitta R, Schmaus A, Spire B, Dray-Spira R. Factors correlated with disclosure of HIV infection in the French Antilles and French Guiana: results from the ANRS-EN13-VESPA-DFA Study. *AIDS*. 2007; 21(Suppl 1):S89-94.

Citer cet article

Lert F, Aubrière C, d'Almeida Wilson K, Hamelin C, Dray-Spira R et le groupe Vespa2. Situation sociale et état de santé des personnes vivant avec le VIH aux Antilles, en Guyane et à La Réunion en 2011. Premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa2. *Bull Epidémiol Hebd*. 2013; (26-27):300-7.

> ARTICLE // Article

COMPORTEMENTS SEXUELS DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH EN FRANCE EN 2011 : PREMIERS RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE ANRS-VESPA2

// SEXUAL BEHAVIOURS OF PEOPLE LIVING WITH HIV IN FRANCE IN 2011: FIRST RESULTS OF THE ANRS-VESPA2 STUDY

Nicolas Lorente (nicolas.lorente@inserm.fr)^{1,2,3}, Baptiste Demoulin^{1,2,3}, Fabienne Marcellin^{1,2,3}, Rosemary Dray-Spira^{4,5}, Bruno Spire^{1,2,3,6} et le groupe Vespa2

¹ Inserm, UMR912 (Sesstim), Marseille, France

² Aix-Marseille Université, UMR_S912, IRD, Marseille, France

³ ORS Paca - Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, Marseille, France

⁴ Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations, Inserm, U1018, Villejuif, France

⁵ Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, UMRS 1018, Villejuif, France

⁶ Aides, Pantin, France

Soumis le 15.04.2013 // Date of submission: 04.15.2013

RÉSUMÉ // Abstract

L'objectif de cet article est de caractériser les comportements sexuels des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) en France en 2011, et en particulier d'évaluer la fréquence des comportements à risque de transmission du VIH. Les données ont été collectées au cours d'entretiens en face-à-face dans le cadre de l'enquête ANRS-Vespa2 (VIH : Enquête sur les personnes atteintes) auprès d'un échantillon représentatif des PVVIH suivies à l'hôpital en France.

En 2011, 71% des PVVIH se déclarent sexuellement actives : 62,5% ont un partenaire principal, 32,5% au moins un partenaire occasionnel (au cours des 12 derniers mois). L'utilisation non-systématique du préservatif est significativement plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, et plus fréquente dans les couples séroconcordants que dans les couples sérodiscordants : 76,4% versus 36,1% chez les femmes ($p < 0,0001$); 54,7% versus 21,2% ($p < 0,0001$) chez les hommes (hors hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, HSH); et 46,4% versus 21,2% ($p < 0,0001$) chez les HSH. Sur l'ensemble des PVVIH, 8,2% sont à risque de transmission du VIH du point de vue biomédical et rapportent au moins une pénétration non protégée dans l'année. L'utilisation du préservatif ne diffère pas entre ces PVVIH « à risque » et les autres.

The objective of this article is to characterize sexual behaviours of people living with HIV (PLWH) in France, and particularly to assess the frequency of behaviours at risk of HIV-transmission.

Data were collected through face-to-face interviews during the ANRS-VESPA2 study in a representative sample of PLWH followed at hospital in France.

In 2011, 71% of PLWH reported to be sexually active: 62.5% had a steady partner, 32.5% had at least one casual partner (during the previous 12 months). Inconsistent condom use was significantly more frequent among women than among men, and more frequent in seroconcordant couples than in serodiscordant couples: 76.4% versus 36.1% among women ($p < 0.0001$); 54.7% versus 21.2% ($p < 0.0001$) among men (except men who have sex with men, MSM); and 46.4% versus 21.2% ($p < 0.0001$) among MSM. Overall, 8.2% of PLWH were at-risk to transmit HIV according to the biomedical criteria and reported at least one unprotected intercourse within the previous year. Condom use did not differ between PLWH having the transmission biomedical criteria and those who had not.

Introduction

Les progrès thérapeutiques ont permis d'améliorer considérablement l'état de santé des personnes vivant avec le VIH (PVVIH)¹ et ont également montré une certaine efficacité préventive du traitement vis-à-vis de la transmission sexuelle du VIH)^{2,3}. Bien que cette information n'ait pas circulé largement - beaucoup de PVVIH n'en ayant jamais entendu parler⁴ - le débat s'est depuis cristallisé autour de la question du risque de transmission, du point de vue biomédical mais aussi comportemental avec la crainte d'une désinhibition des comportements préventifs, qui se traduirait par une augmentation des pratiques sexuelles à risque de transmission.

L'objectif de cet article est de décrire les principales caractéristiques des comportements sexuels des PVVIH en France en 2011 et d'évaluer la fréquence des comportements à risque de transmission du VIH, en fonction du genre, dans les groupes socio-épidémiologiques suivants : les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), les usagers de drogues par injection (UDI), les immigrants nés en Afrique subsaharienne et enfin les femmes et les hommes n'appartenant à aucun des groupes précités. Les données présentées reposent sur l'enquête ANRS-Vespa2 (VIH : Enquête sur les personnes atteintes).

Méthodes

Le module sexualité a été redéfini et développé par rapport à celui de la première enquête Vespa effectuée en 2003⁵ et tenait une place plus importante dans le questionnaire administré en face-à-face dans Vespa2. Il a permis de recueillir des informations sur les pratiques sexuelles des PVVIH, l'utilisation du préservatif, le statut sérologique ainsi que son dévoilement, et les difficultés sur le plan de la prévention ou de la sexualité. Dans cet article, seules les variables liées au traitement antirétroviral et à la charge virale sont issues du questionnaire médical (voir le focus « Méthodologie générale de l'enquête ANRS-Vespa2 » dans ce même numéro), toutes les autres proviennent des réponses au questionnaire en face-à-face.

Le risque biomédical de transmission du VIH a été estimé à partir des critères retenus par la déclaration des experts suisses de 2008⁶ : les PVVIH sous traitement, présentant une charge virale (CV) indétectable depuis au moins 12 mois et ne présentant aucune autre infection sexuellement transmissible (IST : syphilis, lymphogranulomatose vénérienne, gonorrhées, condylomes, autre) sur la même période, ont été considérées comme étant à faible risque de transmission du VIH. Les PVVIH ne répondant pas à ces critères ont été considérées comme étant

à risque élevé de transmission du VIH du point de vue biomédical. Pour cette variable, 98 individus ont été exclus, car ils avaient été diagnostiqués depuis moins de 1 an, et 286 ont été exclus, car la date de la dernière CV détectable n'était pas renseignée.

Dans cet article, les couples stables correspondent aux individus ayant déclaré avoir un partenaire principal au moment de l'enquête. Les analyses descriptives concernant l'utilisation du préservatif dans les rapports avec pénétration tiennent compte du statut sérologique du partenaire principal (et/ou du dernier partenaire occasionnel lorsque les effectifs étaient suffisants). Si le statut sérologique est inconnu d'ego et/ou de son partenaire, ou si la donnée est manquante, le partenaire est considéré comme non-séropositif. La variable sur la connaissance de la séropositivité d'ego par son partenaire présentait entre 2,4% et 7,4% de données manquantes qui ont été exclues des analyses.

Les résultats présentés sont pondérés et redressés, fournissant ainsi des estimations extrapolables à l'ensemble des PVVIH diagnostiquées depuis au moins 6 mois et suivies à l'hôpital en France en 2011.

Résultats

Activité sexuelle et risque de transmission du VIH (tableau 1)

Parmi les 3 022 répondants de l'enquête Vespa2, 71% déclarent avoir eu une activité sexuelle au cours des 12 derniers mois. Les HSH sont les plus sexuellement actifs (79,2%) et les femmes sont moins sexuellement actives (de 58,6% à 64,6% selon le groupe) que les hommes non-HSH (de 68% à 74,9%). Parmi les PVVIH sexuellement inactives au moment de l'étude (29%), le dernier rapport sexuel date de 4,3 ans en médiane.

Deux PVVIH sur cinq (62,5%) sont en couple stable au moment de l'enquête et, parmi les HSH en couple stable, 86,9% sont en couple avec un homme, 11,6% avec une femme et 1,5% avec un homme et avec une femme simultanément. Par ailleurs, une personne sur trois (32,5%) déclare avoir eu au moins un partenaire occasionnel au cours des 12 derniers mois, avec une différence marquée entre les HSH (59,2%) et les autres groupes socio-épidémiologiques (de 10,8% à 28,9%). Parmi les HSH déclarant au moins un partenaire occasionnel dans l'année, 93,2% n'ont eu que des partenaires occasionnels masculins, 2,9% uniquement des partenaires occasionnelles féminines et 3,9% ont eu les deux. Dans la suite de l'article, pour les HSH ayant déclaré des partenaires des deux sexes (*i.e.* les HSH en couple avec un homme et avec une femme, et/ou ayant des partenaires occasionnels des deux sexes), seules les informations concernant le partenaire masculin seront retenues.

Tableau 1

Description des principales variables liées à la sexualité des personnes vivant avec le VIH en France en 2011 (n=3 022, % pondérés). Enquête ANRS-Vespa2

Variables	Modalités	HSH (n=1 337)	UDI H (n=199)	UDI F (n=123)	Immigrés AS (n=176)	Immigrés AS (n=425)	Autres H (n=365)	Autres F (n=397)	Total (n=3 022)	P*
Sexuellement actif (12 mois)	Oui (vs. Non)	79,2	72,1	59,4	74,9	64,6	68,0	58,6	71,0	<0,0001
A un partenaire principal au moment de l'enquête**	Oui (vs. Non)	58,6	58,3	62,6	73,7	64,6	71,4	58,6	62,5	0,001
A eu au moins un partenaire occasionnel (12 mois)**	Oui (vs. Non)	59,2	28,9	16,6	23,3	11,5	17,8	10,8	33,2	<0,0001
Nombre total de partenaires sexuels parmi les sexuellement actifs (y compris le partenaire principal, 12 mois)	1	28,8	66,2	77,6	77,5	91,5	79,0	83,2	58,3	
	2	8,6	11,8	12,9	8,9	5,9	7,6	7,6	8,4	
	≥3	62,6	22,0	9,5	13,6	2,6	13,4	9,2	33,3	<0,0001
A eu au moins une IST ¹ (12 mois)	Oui (vs. Non)	10,7	3,9	5,5	2,5	1,9	2	5,3	6,2	<0,0001
Sous traitement et en charge virale indétectable depuis plus de 12 mois	Oui (vs. Non)	62,9	62,7	64,1	55,5	57,2	65,1	62,8	61,7 [§]	0,40
Risque biomédical de transmission	Elevé (vs. faible)	43,1	39,4	37,6	44,4	43,8	36,9	40,2	41,7 [§]	0,63
Risque élevé de transmission et utilisation non systématique du préservatif ²	Oui (vs. Non)	8,7	6,6	6,4	12,0	9,4	3,9	8,7	8,2 [§]	0,0001
Chez les personnes ayant un partenaire principal (n=1 834)										
Couples sérodiscordants au moment de l'enquête**	Oui (vs. Non)	66,7	85,8	84,9	55,9	76,2	85,0	69,6	72,2	<0,0001
Connaissance de la séropositivité d'ego ^{3,4} **	Oui (vs. Non)	92,6	93,0	94,5	87,8	79,2	91,6	91,2	89,7	<0,0001
A eu au moins un partenaire extraconjugal (12 mois)	Oui (vs. Non)	54,4	17,4	13,6	14,9	7,7	11,4	5,7	26,7	<0,0001
Nombre de partenaires extraconjugaux (pour ceux qui en ont eu)	Médiane [IQR] Moyenne	5[2-15] 20	2[1-6] 5,7	1[1-2] 1,49	2[1-4] 2,7	1[1-2] 1,3	2[1-3] 3	1[1-3] 2,2	4[2-10] 18,8	<0,0001
Chez les personnes ayant eu au moins un partenaire occasionnel dans les 12 derniers mois (n=1 048)										
Nombre de partenaires occasionnels (12 mois)	Médiane [IQR] Moyenne	6[3-20] 20,0	3[1-5] 4,4	2[1-2] 77,7	2[1-3] 2,3	1[1-1] 1,3	2[1-4] 13,7	2[1-3] 2,1	4[2-10] 17,0	<0,0001
Nombre de rapports sexuels avec des partenaires occasionnels (4 semaines)	Aucun 1 à 4 5 à 8 > 8	33,3 44,8 10,7 11,2	52,8 33,1 11,0 3,1	55,2 30,8 9,2 4,8	57,1 40,6 1,1 1,2	83,8 16,2 0,0 0,0	60,2 23,2 9,0 7,6	57,9 37,3 2,5 2,2	42,5 39,9 9,0 8,6	<0,0001
Connaissance de la séropositivité d'ego ^{3,4} **	Oui (vs. Non)	26,4	36,9	50,0	21,2	43,1	50,6	57,9	31,5	0,0003
Statut sérologique du dernier partenaire occasionnel**	Non-VIH ⁵ (vs. VIH+)	89,9	89,9	100	89,2	92	94,5	96,9	90,8	0,66

HSH : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; UDI : usagers de drogue par injection ; H : hommes ; F : femmes ; AS : Afrique subsaharienne ; IQR : intervalle interquartiles ; IST : Infection sexuellement transmissible.

¹ Chez les sexuellement actifs (n=2 128), au moins une infection sexuellement transmissible parmi : syphilis, lymphogranulomatose vénérienne, gonorrhées, condylomes, autre.

² Personnes ne présentant pas les critères biomédicaux de non-transmission du VIH et déclarant au moins une pénétration non protégée dans les 12 derniers mois.

³ Par le partenaire principal, au moment de l'enquête.

⁴ Par le partenaire occasionnel, avant le dernier rapport.

⁵ Sérologique inconnu, ne sait pas, ou manquant.

*p-valeur de la comparaison entre les différents groupes socio-épidémiologiques.

** Pour les HSH ayant des partenaires des deux sexes (i.e. les HSH en couple avec un homme et avec une femme, et/ou ayant des partenaires occasionnels des deux sexes), seules les informations concernant le partenaire masculin seront retenues.

§ n = 2 638

Champ : personnes vivant avec le VIH en France en 2011.

Tableau 2

Utilisation du préservatif avec le partenaire principal au cours des 12 derniers mois - hors hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (n=816 ; % pondérés). Enquête ANRS-Vespa2, France, 2011

Groupe	Préservatif lors de la pénétration*	Hommes			Femmes		
		Couple séro-concordant % (n=84)	Couple séro-discordant % (n=302)	P**	Couple séro-concordant % (n=110)	Couple séro-discordant % (n=320)	P**
UDI (n=153)	Toujours	48,9	69,9	0,3768	100,0	58,0	na
	Pas toujours	51,1	27,4		0,0	42,0	
	NP	0,0	2,7		0,0	0,0	
Immigrés AS (n=300)	Toujours	44,6	74,8	0,027	19,5	58,0	0,0008
	Pas toujours	52,9	24,8		72,7	37,8	
	NP	2,5	0,4		7,8	4,2	
Autres (n=363)	Toujours	35,8	80,8	<0,0001	22,0	63,5	<0,0001
	Pas toujours	59,1	16,2		77,9	31,1	
	NP	5,1	3,0		0,1	5,5	
Total (n=816)	Toujours	42,3	76,5	<0,0001	19,9	59,9	<0,0001
	Pas toujours	54,7	21,2		76,4	36,1	
	NP	3,0	2,3		3,7	4,0	

* Vaginale et/ou anale ; ** p-valeur de la comparaison entre les VIH+ et les non-VIH+.

HSH : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; UDI : usager de drogue par injection ; AS : Afrique subsaharienne ; NP: n'a pas pratiqué la pénétration vaginale et/ou anale ; na : non applicable.

Champ : personnes vivant avec le VIH en France en 2011, ayant un(e) partenaire principal(e) depuis plus de 12 mois au moment de l'enquête et actives sexuellement avec celui ou celle-ci, hors HSH.

Risque biomédical de transmission du VIH et comportements sexuels à risque

Sur l'ensemble des PVVIH, 6,2% déclarent avoir eu au moins une IST au cours des 12 derniers mois. Les HSH sont plus souvent dans ce cas (10,7%) que les autres groupes socio-épidémiologiques (1,9% à 5,5%). La majorité (61,7%) est sous traitement avec une CV indétectable depuis plus de 12 mois. Ainsi, au total, 41,7% des PVVIH sont à risque élevé de transmission du VIH du point de vue biomédical et 58,3% sont à risque faible. La proportion d'individus déclarant au moins une pénétration non protégée au cours des 12 derniers mois (quel que soit le type de partenaire) ne diffère pas entre ces deux groupes, que ce soit globalement (19,8% chez les PVVIH à risque élevé, 20,8% chez les PVVIH à risque faible, p=0,59) ou au sein de chaque groupe socio-épidémiologique (valeurs de p comprises entre 0,14 et 0,59).

Globalement, 8,2% des PVVIH ont déclaré au moins une pénétration non protégée dans les 12 derniers mois tout en étant à risque élevé de transmission, avec une différence marquée entre les hommes immigrés d'Afrique subsaharienne (12%) et les autres groupes (de 3,9% à 9,4%).

Couples stables

Les couples stables durent depuis 9,3 ans en médiane, et plus de 6 sur 10 cohabitent (64,5%). Parmi les couples formés il y a plus de 12 mois, un sur 6 (16,3%) n'a pas eu de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois. Les HSH déclarent plus souvent avoir eu au moins un partenaire extraconjugal au cours des 12 derniers mois (54,4%, contre 5,7% à

17,4% dans les autres groupes), avec en médiane 5 [intervalle interquartile 2-15] partenaires extra-conjugaux dans les 12 derniers mois contre 2 [1-3] chez les non-HSH. La moyenne de partenaires extra-conjugaux est anormalement élevée chez les femmes UDI (149) en raison d'une observation atypique : une femme UDI se déclarant travailleuse du sexe et rapportant 1 600 partenaires au cours des 12 derniers mois (tableau 1).

Au moment de l'enquête, la séropositivité d'ego est connue du partenaire principal dans 89,7% des couples ; elle est moins souvent connue chez les femmes et les hommes immigrés originaires d'Afrique subsaharienne (respectivement 79,2% et 87,8%) que dans les autres groupes (de 91,2% à 94,5%). Au début de la relation, 55,7% des PVVIH étaient déjà séropositives et 14,3% d'entre elles ne l'ont toujours pas révélée à ce partenaire au moment de l'enquête. Parmi les 44,3% de PVVIH qui n'étaient pas séropositives au début de la relation actuelle, seulement 5% n'ont pas révélé leur séropositivité à leur partenaire (tableau 1).

Les couples sérodiscordants sont majoritaires (72,2%), avec de grandes disparités entre les groupes : de 55,9% chez les immigrés originaires d'Afrique subsaharienne à plus de 80% chez les UDI et les hommes « autres » (tableau 1).

Utilisation du préservatif dans les couples stables

Dans les couples hétérosexuels formés il y a plus de 12 mois et sexuellement actifs sur cette période (84,8%, sans différence intergroupes), l'utilisation non systématique du préservatif lors de la pénétration vaginale

Tableau 3

Utilisation du préservatif avec le partenaire principal masculin (12 derniers mois) et avec le dernier partenaire occasionnel masculin chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (% pondérés). Enquête ANRS-Vespa2, France, 2011

Partenaire principal (1)		Ensemble % (n=492)	Couple séroconcordant % (n=198)	Couple sérodiscordant % (n=294)	p*
Préservatif lors de la PA active et/ou passive :	Toujours	52,4	32,4	65,4	<0,0001
	Pas toujours	30,9	46,4	20,7	
	NP	16,7	21,2	13,8	
Dernier partenaire occasionnel (2)		Ensemble % (n=684)	Partenaire séropositif % (n=79)	Partenaire non-séropositif % (n=605)	p*
Préservatif lors de la PA active et/ou passive :	Oui	61,0	33,1	64,4	<0,0001
	Non	13,3	46,9	9,1	
	NP	25,8	20,0	26,5	

* p-valeur de la comparaison entre les VIH+ et les non-VIH+.

HSH : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; PA : pénétration anale ; NP : n'a pas pratiqué la pénétration anale.

Champ : HSH vivant avec le VIH en France en 2011 et (1) ayant un partenaire principal depuis plus de 12 mois au moment de l'enquête et actifs sexuellement avec celui-ci, (2) actifs sexuellement et ayant eu au moins un partenaire occasionnel dans les 12 derniers mois précédant l'enquête.

et/ou anale dans les 12 derniers mois est rapportée plus fréquemment par les femmes que par les hommes (46,5% *versus* 29,5%, $p < 0,0001$), et plus fréquemment dans les couples séroconcordants que dans les couples sérodiscordants (femmes : 76,4% *versus* 36,1%, hommes : 54,7% *versus* 21,2%, tableau 2).

Dans les couples HSH formés il y a plus de 12 mois et sexuellement actifs sur cette période (81,6%), la tendance est identique (tableau 3) : l'utilisation non systématique du préservatif lors de la pénétration anale (active et/ou passive) est significativement plus fréquente dans les couples séroconcordants que dans les couples sérodiscordants (46,4% *versus* 20,7%). Néanmoins, 16,7% des HSH n'ont pas pratiqué la pénétration anale avec leur partenaire principal au cours des 12 derniers mois, alors que la sexualité sans pénétration est beaucoup plus rare dans les couples hétérosexuels (tableau 2). En conséquence, l'utilisation non systématique du préservatif, parmi les HSH qui ont pratiqué la pénétration anale, s'élève à 58,9% dans les couples séroconcordants contre 24% dans les couples sérodiscordants. L'utilisation non systématique du préservatif parmi les femmes et les hommes qui ont pratiqué la pénétration vaginale et/ou anale s'élève respectivement à 79,5% et 56,4% dans les couples séroconcordants contre 37,6% et 21,7% dans les couples sérodiscordants.

Partenaires occasionnels

Parmi les PVVIH ayant eu au moins un partenaire occasionnel au cours des 12 derniers mois, les HSH en déclarent 6 [3-20] en médiane, contre 1 [1-1] à 2 [1-6] dans les autres groupes. Ils déclarent également plus de rapports sexuels avec ces partenaires au cours des quatre dernières semaines (tableau 1).

Dans une large majorité des cas (90,8%) le dernier partenaire occasionnel n'était pas identifié comme séropositif (dont 30,1% étaient identifiés comme séronégatifs). Parmi ces partenaires, seul un sur 3 (31,5%) a eu connaissance de la séropositivité d'ego, avec de larges disparités selon les groupes :

respectivement 21,2% et 26,4% chez les hommes immigrés d'Afrique subsaharienne, contre 36,9% à 57,9% dans les autres groupes (tableau 1).

Tableau 4

Utilisation du préservatif avec le dernier partenaire occasionnel – hors hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (n=278, % pondérés). Enquête ANRS-Vespa2, France, 2011

Groupe	Préservatif lors de la pénétration*	Hommes % (n=162)	Femmes % (n=123)	p**
UDI (n=77)	Oui	84,7	100,0	0,21
	Non	8,3	0,0	
	NP	7,0	0,0	
Immigrés AS (n=90)	Oui	83	94,3	na
	Non	17,0	5,7	
	NP	0,0	0,0	
Autres (n=111)	Oui	83,5	70,5	0,14
	Non	11,4	26,8	
	NP	5,1	2,7	
Total (n=278)	Oui	83,7	86,5	0,26
	Non	12,1	12,5	
	NP	4,2	1,0	

* Vaginale et/ou anale.

** P-valeur de la comparaison entre les hommes et les femmes.

UDI : usager de drogue injectable ; AS : Afrique subsaharienne ;

NP : n'a pas pratiqué la pénétration vaginale et/ou anale ;

na : non applicable.

Champ : personnes vivant avec le VIH en France en 2011, actives sexuellement, et ayant eu au moins un(e) partenaire occasionnel(le) dans les 12 derniers mois précédant l'enquête, hors hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Utilisation du préservatif avec le dernier partenaire occasionnel (tableaux 3 et 4)

Parmi les femmes et les hommes hétérosexuels, la part des pénétrations non protégées lors du dernier rapport sexuel est de 12%, avec quelques différences intergroupes. Chez les HSH, les pénétrations anales

non protégées représentent 13,3% des derniers rapports : 9,1% lorsque le dernier partenaire n'était pas séropositif, 46,9% lorsqu'il était identifié comme séropositif. Là encore, la part des rapports sans pénétration est de 25,8% chez les HSH et absente ou rare chez les hétérosexuels. En conséquence, les pénétrations non protégées s'élèvent à 17,9% parmi les HSH qui ont pratiqué la pénétration anale (12,4% avec un partenaire non séropositif, 58,6% avec un partenaire séropositif), contre 12,6% chez les hommes non-HSH, et 12,6% chez les femmes qui ont pratiqué la pénétration vaginale et/ou anale.

Discussion

Dans les enquêtes Vespa, la part des personnes sexuellement actives a baissé entre 2003⁵ et 2011, passant de 78% à 71% ($p < 0,0001$). En 2003, les femmes UDI étaient les moins sexuellement actives (67%), et elles le sont toujours en 2011 (59%), de même que les femmes « autres » (59%) et en moindre mesure les femmes immigrées d'Afrique subsaharienne (65%). À titre de comparaison, le taux d'activité sexuelle est de 89% chez les femmes et 93% chez les hommes en population générale⁷. Le phénomène émergent de vieillissement de la population séropositive (voir l'article de F. Lert et coll. dans ce numéro) peut expliquer en partie ce recul de l'activité sexuelle, mais une analyse plus approfondie sera nécessaire pour confirmer cette tendance et en découvrir les facteurs associés.

Dans tous les groupes (excepté chez les femmes UDI par manque d'effectif), la part des rapports non protégés est plus élevée dans les couples stables séroconcordants que dans les couples sérodiscordants. Au sein des couples sérodiscordants, l'utilisation non systématique du préservatif lors de la pénétration est plus fréquente chez les femmes (36,1%), puis chez les hommes (21,2%) et enfin chez les HSH (20,7%). Néanmoins, comme cela a été montré par ailleurs^{8,9}, une part non négligeable des HSH rapporte une sexualité sans pénétration. Si l'on ne considère que les couples ayant pratiqué la pénétration, ce taux s'élève à 24% chez les HSH, et à respectivement 38% et 22% chez les femmes et les hommes non-HSH. L'inégalité des femmes et des hommes vis-à-vis de la prévention au sein des couples stables, déjà mise en évidence en 2003, semble persister en 2011. Ceci pourrait témoigner de la difficulté qu'éprouvent les femmes séropositives à négocier l'utilisation du préservatif avec leurs partenaires, pourtant majoritairement séronégatifs et informés de leur séropositivité.

Dans la cohorte ANRS-Primo, l'indicateur de risque a doublé chez les hommes non-HSH entre 2006 et 2007. Entre 2000 et 2009, il a augmenté de façon non significative chez les femmes et de façon progressive et significative chez les HSH¹⁰. Des analyses plus approfondies et ajustées sur un certain nombre de caractéristiques (durée du couple, âge, partenaires extraconjugaux, etc.) permettront de mettre en évidence d'éventuels changements dans les

comportements préventifs entre les échantillons représentatifs de Vespa (2003) et de Vespa2 (2011).

Les données obtenues pour le dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel donnent une image représentative des pratiques sexuelles à l'échelle d'un groupe¹¹. Ici, la proportion de derniers rapports non protégés parmi les PVVIH (hors HSH) ayant eu au moins un partenaire occasionnel dans l'année est quasiment identique à celle des HSH dans la même situation. Là encore, cette similarité dans les prises de risque masque une différence majeure dans les répertoires sexuels entre les HSH et les autres (plus de partenaires, moins de rapports avec pénétration). Lorsque l'on ne considère que les personnes ayant pratiqué la pénétration, la fréquence des pénétrations non protégées avec le dernier partenaire occasionnel reste proche de 12% chez les femmes et les hommes non-HSH, tandis qu'elle s'élève à près de 18% chez les HSH (sans différence significative entre ces trois groupes : $p = 0,31$). Ce point méritera d'être investigué davantage pour comprendre les facteurs spécifiquement associés à ces indicateurs de risque chez les femmes, les hommes et les HSH.

Au total, 8,2% des PVVIH peuvent être considérées comme à risque élevé de transmission à la fois du point de vue biomédical et comportemental. Les analyses seront poursuivies pour mieux comprendre ce qui se joue dans ce sous-groupe à haut risque, et en particulier chez les immigrés d'Afrique subsaharienne qui sont les plus concernés par ce phénomène. Néanmoins, il faut souligner le fait qu'aucune différence n'a été constatée entre les PVVIH présentant les critères biomédicaux de non transmission et les autres vis-à-vis des pénétrations non protégées.

Dans la plupart des couples (90%), la séropositivité d'ego est connue du partenaire principal. Néanmoins, les personnes qui étaient déjà séropositives au début de leur relation sont plus nombreuses à ne l'avoir jamais révélé à leur partenaire principal comparées à celles qui ont découvert leur séropositivité au cours de la relation. En outre, la révélation de la séropositivité au dernier partenaire occasionnel ne concerne qu'un individu sur 3, ce qui montre qu'il est toujours difficile de partager son statut sérologique en 2011. Cette difficulté à révéler sa séropositivité au partenaire occasionnel est plus marquée chez les hommes immigrés d'Afrique subsaharienne, où le tabou lié à la séropositivité est peut-être plus important qu'ailleurs, ainsi que chez les HSH où la « sérophobie » semble gagner du terrain dans la communauté homosexuelle.

L'enquête Vespa2 nous donne, pour la première fois depuis 2003, des données représentatives sur les comportements sexuels des PVVIH en France, mais ces données doivent être interprétées à la lumière de quelques limites méthodologiques.

Les réponses liées aux comportements sexuels peuvent être affectées par un biais de désirabilité car, bien que relevant de la sphère intime, la sexualité reste soumise à un fort contrôle social. Chez les personnes séropositives, ce contrôle se manifeste

par la norme d'utilisation systématique du préservatif afin de prévenir la transmission du VIH à son partenaire. Bien que le poids de cette norme diffère selon les individus⁷, les données de la cohorte ANRS-Primo suggèrent que la passation en face-à-face de ce genre de questions favorise la sous-déclaration des comportements à risque de transmission¹⁰. Cependant, à la différence de cette étude, où les patients étaient interrogés par leur médecin, les patients de Vespa2 (tout comme en 2003) ont été interrogés par des enquêteurs indépendants dans un cadre strictement confidentiel. En outre, le fait d'avoir utilisé la même méthodologie entre Vespa et Vespa2 permettra d'analyser les données de 2011 en ayant pour référence celles de 2003.

L'administration des questionnaires par un enquêteur utilisant la méthode Capi (voir le focus « Méthodologie générale de l'enquête ANRS-Vespa2 » dans ce même numéro), dans laquelle la réponse à la question posée conditionne le passage à la question suivante, limite drastiquement la fréquence des valeurs manquantes. En outre, la stabilité de nos résultats semble justifier les choix effectués sur les recodages de certaines données présentées dans cet article.

En effet, concernant la variable risque de transmission, nous n'avons trouvé aucune différence entre les individus exclus et les autres au regard des critères suivants : groupe socio-épidémiologique, taux de CD4, niveau de CV, antécédent classant sida et utilisation du préservatif lors de la pénétration. En revanche, la fiabilité de la variable « IST au cours des 12 derniers mois » utilisée dans la construction de l'indicateur de risque biomédical de transmission peut être discutée (données déclaratives, manque de précision dans les modalités de réponse). Cependant, d'autres constructions ont été testées pour cet indicateur, y compris en supprimant le critère des IST, et nos résultats sont restés stables.

Enfin, le choix du recodage du statut sérologique des partenaires « séro-inconnus » avec les statuts séro-négatifs et les valeurs manquantes est ici justifié par le fait qu'il s'agit d'évaluer le risque de transmission du VIH à des personnes dont le statut sérologique a été recueilli de façon indirecte et déclarative. Il était donc plus sûr de surestimer ce risque plutôt que de le sous-estimer. En outre, lorsque la comparaison était possible, aucune différence n'a été constatée vis-à-vis de l'utilisation du préservatif avec des partenaires séronégatifs *versus* avec des partenaires de statut inconnu, contrairement à ce qui a pu être montré par ailleurs¹².

En conclusion, l'utilisation du préservatif est logiquement plus fréquente dans les relations avec des partenaires non infectés ou dont le statut est inconnu qu'avec des partenaires séropositifs. Dans les couples stables, y compris sérodiscordants, la protection systématique de la pénétration est moins fréquente qu'avec les partenaires occasionnels, le couple stable demeurant, comme en 2003, le lieu privilégié des conduites à risque⁵. Cette difficulté à maintenir l'utilisation systématique du préservatif

dans les relations stables est particulièrement importante chez les femmes. En revanche, la protection dans les rapports occasionnels semble une norme plus uniforme entre les femmes, les hommes et les HSH malgré les différences de comportements entre ces derniers et les hétérosexuels (nombre de partenaires et de rapports sexuels plus élevés). Les comportements n'expliquent donc pas l'écart important entre l'incidence du VIH particulièrement élevée chez les HSH, et l'incidence du VIH chez les hétérosexuels en France¹³. D'autres facteurs, comme le risque plus élevé de transmission lors de la pénétration anale¹⁴, la fréquence plus élevée des rapports sexuels chez les HSH ou encore la forte proportion de HSH parmi les PVVIH non diagnostiqués¹⁵ semblent davantage expliquer cette différence d'incidence que la seule utilisation du préservatif.

Enfin, l'absence de différence dans les comportements préventifs entre les personnes susceptibles de transmettre du point de vue biomédical et les autres ne soutient pas l'hypothèse de désinhibition des comportements liée à l'effet préventif du traitement¹⁶ chez les PVVIH en France. En outre, les personnes susceptibles de transmettre du point de vue biomédical et rapportant au moins une pratique à risque de transmission dans l'année représentent moins de 10% des PVVIH en 2011. ■

Références

- [1] Freedberg KA, Losina E, Weinstein MC, Paltiel AD, Cohen CJ, Seage GR, *et al.* The cost effectiveness of combination antiretroviral therapy for HIV disease. *N Engl J Med.* 2001; 344(11):824-31.
- [2] Cohen MS, Muessig KE, Smith MK, Powers KA, Kashuba AD. Antiviral agents and HIV prevention: controverses, conflicts, and consensus. *AIDS.* 2012; 26(13):1585-98.
- [3] Cohen MS, McCauley M, Gamble TR. HIV treatment as prevention and HPTN 052. *Curr Opin HIV AIDS.* 2012; 7(2):99-105.
- [4] Rojas Castro D, Fugon L, Bourgeois-Fisson E, Le Gall JM, Barbier F, Spire B. The « Swiss Statement »: who knows about it? How do they know? What are its effects on people living with HIV/AIDS? *AIDS Care.* 2012; 24(8):1013-9.
- [5] Peretti-Watel P, Spire B, Groupe ANRS-VESPA. Sida: une maladie chronique passée au crible. Rennes: Presses de l'EHESP; 2008. 224 p.
- [6] Vernazza P, Hirschel B. Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. *Bull Médecins Suisses.* 2008; 89(5):165-9.
- [7] Bajos N, Bozon M, Beltzer N. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. Paris: La Découverte; 2008. 612 p.
- [8] Velter A, Bouyssou-Michel A, De Busscher PO, Jauffret-Roustide M, Semaille C. Enquête presse gay 2004. Saint Maurice: Institut de veille sanitaire; 2007. 132 p. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=3960
- [9] Bochow M, Jauffret-Roustide M, Michel A, Schiltz M-A. Les évolutions des comportements sexuels et les modes de vie à travers les enquêtes réalisées dans la presse gay en France (1985-2000). In: Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires. Paris: Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales; 2003. pp. 35-54.

[10] Seng R, Rolland M, Beck-Wirth G, Souala F, Deveau C, Delfraissy JF, *et al.* Trends in unsafe sex and influence of viral load among patients followed since primary HIV infection, 2000-2009. *AIDS*. 2011; 25(7):977-88.

[11] Dab W. La sexualité française questionnée. *Transcriptase*. 1993; (14):23-7.

[12] Mizuno Y, Purcell DW, Latka MH, Metsch LR, Ding H, Gomez CA, *et al.* Is sexual serosorting occurring among HIV-positive injection drug users? Comparison between those with HIV-positive partners only, HIV-negative partners only, and those with any partners of unknown status. *AIDS Behav*. 2010; 14(1):92-102.

[13] Cazein F, Le Strat Y, Lot F, Bousquet V, Pinget R, Le Vu S, *et al.* Dépistage du VIH et découvertes de séropositivité, France, 2003-2010. *Bull Epidemiol Hebd*. 2011; (43-44):446-54. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=10153

[14] Cohen MS, Miller WC. Sexually transmitted diseases and human immunodeficiency virus infection: cause, effect, or both? *Int J Infect*. 1998; 3(1):1-4.

[15] Supervie V, Ndawinz J, Costagliola D. How to estimate the size of the hidden HIV epidemic? The case of France. HIV in Europe 2012 Conference; 2012 March 19-20, Copenhagen, Denmark. <http://www.hiveurope.eu/LinkClick.aspx?fileticket=i6WS2pEpztg%3D&tabid=163>

[16] Wilson DP, Law MG, Grulich AE, Cooper DA, Kaldor JM. Relation between HIV viral load and infectiousness: a model-based analysis. *Lancet*. 2008; 372(9635):314-20.

Citer cet article

Lorente N, Demoulin B, Marcellin F, Dray-Spira R, Spire B et le groupe Vespa2. Comportements sexuels des personnes vivant avec le VIH en France en 2011 : premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa2. *Bull Epidemiol Hebd*. 2013; (26-27):307-14.

> ARTICLE // Article

LA CO-INFECTION PAR LE VIRUS DE L'HÉPATITE C CHEZ LES PERSONNES INFECTÉES PAR LE VIH : DONNÉES DE L'ENQUÊTE ANRS-VESPA2

// COINFECTION WITH HEPATITIS C VIRUS IN PEOPLE LIVING WITH HIV: DATA FROM THE ANRS-VESPA2 SURVEY

Perrine Roux (perrine.roux@inserm.fr)^{1,2,3}, Baptiste Demoulin^{1,2,3}, Philippe Sogni^{4,5}, Patrizia Carrieri^{1,2,3}, Rosemary Dray-Spira^{6,7}, Bruno Spire^{1,2,3}, France Lert^{6,7}, Fabienne Marcellin^{1,2,3} et le groupe Vespa2

¹ Inserm, UMR912 (Sesstim), Marseille, France

² Aix-Marseille Université, UMR_S912, IRD, Marseille, France

³ ORS Paca - Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, Marseille, France

⁴ Unité d'hépatologie, Hôpital Cochin, AP-HP, Paris, France

⁵ Université Paris Descartes, Paris, France

⁶ Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations, Inserm, U1018, Villejuif, France

⁷ Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, UMRS 1018, Villejuif, France

Soumis le 13.04.2013 // Date of submission: 04.13.2013

RÉSUMÉ // Abstract

L'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) demeure un problème majeur de santé publique et pose des difficultés de prise en charge combinée de ces deux infections. L'enquête Vespa2 (VIH : Enquête sur les personnes atteintes) permet d'estimer la prévalence de l'infection par le VHC chez les PVVIH suivies à l'hôpital en France en 2011 et de mieux caractériser la population des personnes co-infectées.

Les résultats montrent qu'en 2011, 16,4% des PVVIH sont co-infectées par le VHC, dont près des deux tiers a une infection à VHC chronique. Parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH), la prévalence de la co-infection est de 6,4%. Elle est associée à des pratiques sexuelles particulièrement à risque car pouvant occasionner des lésions avec présence de sang (*fist fucking*). Parmi les PVVIH co-infectées, 58,2% ont déjà reçu un traitement pour le VHC, et les usagers (actuels ou passés) de drogue par injection demeurent une population sous-traitée.

L'arrivée de nouveaux traitements anti-VHC offrira un accès élargi et une efficacité supérieure par rapport aux traitements antérieurs. Les HSH doivent désormais faire partie des populations cibles de la prévention du VHC, avec des outils de « réduction des risques » qui restent à mettre en place.

HCV infection remains a major public health and clinical concern, especially among HIV-infected individuals, due to the difficulty of managing a double infection. The ANRS-VESPA2 survey, conducted in France among a representative sample of people living with HIV (PLWH) followed up at hospital, enabled us to estimate the prevalence of HCV infection in this population and to characterize people living with HIV and HCV.

In 2011, HIV-HCV coinfection concerned 16.4% of PLWH, of whom about two thirds had chronic HCV infection. Among men who have sex with men (MSM), the prevalence of coinfection was 6.4%. Coinfection in this group was significantly associated with reporting sexual practices at high risk of HCV transmission because of potential anal trauma with subsequent bleeding (fist fucking). Among coinfecting PLWH, 58.2% had already been treated for HCV. IDU were still less likely to be treated for HCV.

The forthcoming new HCV treatment options will allow widening access and improving virological response compared to previous HCV treatments. MSM should now become an additional target population for HCV prevention, which should be based on risk reduction tools that still need further development.

Mots-clés : Infection VIH, Infection VHC, Usagers de drogue, Co-infection

// **Keywords:** HIV infection, HCV infection, Drug users, Coinfection

Introduction

L'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) pose actuellement des problèmes majeurs de santé publique et de prise en charge combinée de ces deux infections. En effet, la prévalence de l'hépatite C ne diminue que faiblement dans certains groupes à risque¹. Même si la diffusion massive des outils de réduction des risques a permis de réduire l'incidence de l'infection à VHC chez les usagers de drogues par injection, de nouvelles populations apparaissent comme étant des groupes vulnérables, car à risque majoré de contamination et de transmission du VHC. C'est le cas des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) avec des pratiques sexuelles spécifiques² et des consommateurs de stimulants. Cependant, la prévalence de ces populations vulnérables chez les PVVIH reste méconnue. Par ailleurs, la co-infection VIH-VHC soulève des difficultés spécifiques pour la prise en charge de ces deux infections. Ces difficultés sont dues à de nombreux facteurs comme l'hépatotoxicité potentielle de certains médicaments antirétroviraux, l'évolution plus rapide de la maladie hépatique due, entre autres, à la fréquence du syndrome métabolique et de l'insulinorésistance, la plus faible efficacité et la toxicité des traitements anti-VHC classiques ou les possibles interactions avec les nouvelles trithérapies anti-VHC. Enfin, des problèmes d'accès au traitement anti-VHC, liés à la crainte d'une observance plus faible, persistent chez les personnes co-infectées, en particulier les plus vulnérables³.

Les dernières données nationales issues d'une enquête de l'Institut de veille sanitaire (InVS)⁴ montrent qu'en 2004, 24,3% des PVVIH étaient co-infectées par le VHC. Dans la première vague de l'enquête ANRS-Vespa (VIH : Enquête sur les personnes atteintes) conduite en 2003 sur 2 932 PVVIH suivies à l'hôpital, la proportion de PVVIH avec une date de diagnostic VHC confirmée était de 22%⁵. L'enquête Vespa2 permet aujourd'hui d'obtenir une estimation de la prévalence des patients co-infectés par le VHC chez les PVVIH suivies à l'hôpital en France en 2011 et de mieux caractériser la population des personnes co-infectées par le VIH et le VHC.

Les données collectées permettent en particulier de comparer les caractéristiques des personnes co-infectées ayant reçu un traitement pour le VHC

et de celles qui n'en ont jamais reçu. Ces informations devraient ouvrir des pistes permettant de mieux orienter la prise en charge du VHC au vu des enjeux actuels, parmi lesquels notamment l'arrivée de nouveaux traitements anti-VHC.

Enfin, les données de l'enquête Vespa2 permettent de vérifier la prévalence de la contamination VIH-VHC chez les HSH. De plus, la comparaison des comportements sexuels entre HSH co-infectés et non co-infectés permet d'identifier l'émergence de nouvelles pratiques à risque.

Méthodes

L'enquête Vespa2 a été menée en France en 2011 auprès de 3 022 patients VIH+ recrutés dans 73 services hospitaliers répartis sur le territoire métropolitain (voir le focus « Méthodologie générale de l'enquête ANRS-Vespa2 » dans ce même numéro). Concernant l'hépatite C, les informations suivantes ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire rempli par le médecin : infection par le VHC (oui/non) ; si oui : année de diagnostic, hépatite C chronique (oui/non), traitement (non renseigné dans le dossier médical, traitement en cours ou terminé depuis moins de six mois, traitement terminé depuis plus de 6 mois, aucun traitement). Pour les personnes dont le traitement était terminé depuis plus de six mois, la réponse virologique au traitement (succès/échec) devait également être renseignée. Nous avons considéré qu'une personne était co-infectée par le VHC si le médecin hospitalier en charge de son suivi déclarait que son patient avait présenté une infection par le VHC (guérie ou non) ou si des traitements pour le VHC figuraient dans la liste des prescriptions. De plus, nous avons considéré qu'une personne présentait une hépatite C chronique si le médecin déclarait que son patient avait une hépatite C chronique ou s'il signalait la prise actuelle ou l'exposition à des traitements pour le VHC dans les six derniers mois.

Des analyses descriptives ont permis d'estimer la prévalence de la co-infection par le VHC chez les PVVIH enquêtées. De plus, des analyses comparatives univariées (test exact de Fisher pour les variables catégorielles, test T d'égalité des moyennes pour les variables continues) ont permis de caractériser les PVVIH co-infectées en regard des autres PVVIH enquêtées. À cette fin, nous avons comparé

les caractéristiques suivantes entre ces deux populations: âge; genre; niveau d'études (inférieur *versus* supérieur au baccalauréat); statut d'emploi; perception de la situation financière (en difficulté *versus* pas de difficultés); perception des conditions de logement (logement stable *versus* logement instable); groupe socio-épidémiologique; consommations de cannabis, de tabac et d'alcool; qualité de vie physique et mentale (scores agrégés PCS et MCS de l'échelle *MOS SF-12*); diagnostic de dépression (*CIDI short-form*); caractéristiques liées au VIH (délai depuis le diagnostic, charge virale et taux de CD4 au dernier bilan), traitement pour le VIH au moment de l'enquête. Les groupes socio-épidémiologiques sont définis dans le focus « Méthodologie générale de l'enquête ANRS - Vespa2 ». Les principaux sont les HSH (n=1 337), les personnes ayant déjà consommé des drogues par injection ou les usagers de drogues par injection (UDI) (n=323), les migrants nés en Afrique subsaharienne (n=601) et les autres PVVIH (n=761). Ce dernier groupe est composé d'hétérosexuels et de migrants originaires de pays hors Afrique subsaharienne. Parmi les HSH, on trouve des personnes ayant déjà consommé des drogues par injection (désignés dans la suite du texte par le sigle de « HSH UDI », n=80).

Des analyses comparatives univariées ont aussi été effectuées entre les PVVIH co-infectées recevant des traitements pour le VHC ou ayant déjà été exposées à ce type de traitements par le passé et les PVVIH co-infectées qui n'ont jamais été exposées à ces traitements.

Enfin, nous avons comparé les comportements sexuels, et en particulier les pratiques sexuelles à risque, entre les HSH co-infectés et les autres HSH enquêtés.

Les résultats présentés sont pondérés et redressés, ce qui permet de disposer d'estimations extrapolables à l'ensemble de la population des PVVIH diagnostiquées depuis au moins six mois et suivies à l'hôpital en France en 2011.

Résultats

Prévalence de la co-infection par le VHC chez les PVVIH suivies à l'hôpital en France en 2011

L'information sur la co-infection par le VHC est disponible pour 3 004 des 3 022 participants à l'enquête (18 données manquantes). Au total, 16,4% de ces PVVIH sont co-infectées par le VHC, dont près des deux tiers présentent une infection chronique par le VHC (taux de prévalence de l'infection chronique : 10,2%). Le groupe socio-épidémiologique des UDI est le groupe le plus à risque de co-infection par le VHC (87,2% des UDI sont co-infectés) comparé au groupe des HSH (6,3% des HSH sont co-infectés) et au groupe des migrants nés en Afrique subsaharienne (4,5% de co-infectés). Chez les HSH UDI, le taux de prévalence de la co-infection par le VHC est de 54,1%.

Caractéristiques des PVVIH co-infectées par le VHC (tableau 1)

Plusieurs variables sociodémographiques sont associées à la co-infection VIH-VHC. Comparées aux autres PVVIH, les PVVIH co-infectées ont davantage tendance à avoir un niveau scolaire inférieur au baccalauréat, à être sans emploi, à avoir des difficultés financières. Concernant les variables de consommation, les PVVIH co-infectées sont plus à risque de consommer du cannabis et du tabac que les autres PVVIH. On n'observe toutefois pas de différence significative concernant la consommation régulière d'alcool et la pratique du *binge drinking* (consommation de plus de six verres d'alcool lors d'une seule occasion) au cours du dernier mois. Les PVVIH co-infectées ont plus tendance à avoir eu un épisode dépressif majeur au cours des 12 derniers mois que les autres PVVIH et présentent une moins bonne qualité de vie physique et mentale. Enfin, même si leur diagnostic VIH est plus ancien, elles ne sont pas significativement différentes des autres PVVIH en termes de succès immunovirologique VIH. Elles sont aussi plus souvent traitées pour le VIH que les autres PVVIH.

Prise en charge de l'infection par le VHC chez les PVVIH (tableau 2)

Parmi les PVVIH co-infectées pour lesquelles on dispose de données sur les traitements pour le VHC (28 données manquantes), 45,3% ont déjà reçu ce type de traitements au cours de leur vie, et 12,9% sont traitées au moment de l'enquête ou ont terminé leur traitement pour le VHC depuis moins de six mois. Le tableau 2 présente une comparaison des PVVIH co-infectées déjà exposées aux traitements pour le VHC et des autres PVVIH co-infectées.

On n'observe pas de différences significatives entre ces deux populations concernant les caractéristiques sociodémographiques, les habitudes de consommation de cannabis, tabac et alcool, les niveaux de qualité de vie et le diagnostic de dépression. En revanche, le groupe socio-épidémiologique est significativement associé à l'accès aux traitements pour le VHC chez les co-infectés. En particulier, les UDI ont été moins souvent traités pour le VHC.

Co-infection VIH-VHC chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH)

Le tableau 3 présente la comparaison des comportements sexuels des HSH co-infectés et non co-infectés dans l'enquête Vespa2.

On observe d'une part que les HSH co-infectés déclarent un plus grand nombre de partenaires sexuels au cours de la dernière année que les autres HSH. D'autre part, concernant les pratiques à risque de transmission du VHC, les résultats montrent une fréquence significativement plus élevée de non utilisation du préservatif avec les partenaires sexuels sérodiscordants (principal ou occasionnels) ainsi que de pratiques *hard* comme le *fist fucking* chez les co-infectés.

Discussion

Les résultats de l'enquête Vespa2 mettent en évidence une diminution marquée de la prévalence de l'infection VHC chez les PVVIH; l'estimation de cette prévalence est passée de 22% en 2003 dans l'enquête Vespa à 16,4% en 2011 dans l'enquête

Vespa2. Cette diminution est d'autant plus significative qu'en 2003 une définition moins sensible était utilisée, susceptible de sous-estimer la prévalence du VHC par rapport à la définition utilisée en 2011.

Comme dans les études ayant précédé Vespa2, la population co-infectée VIH-VHC est surtout

Tableau 1

Caractéristiques des personnes vivant avec le VIH co-infectées par le VHC dans l'enquête ANRS-Vespa2 2011 (n=3 004)

		Co-infection VIH-VHC		p valeur (univariée) ¹
		Oui	Non	
		% ou moyenne (ES)		
Caractéristiques sociodémographiques				
Âge - années	Moyenne (ES)	48,8 (7,1)	47,2 (11,3)	0,0002
Genre	Femme	32,5	33	0,39
	Homme	67,5	66,5	
	Transgenre	0,1	0,5	
Niveau d'études	≥Bac (vs <Bac)	33,9	48,9	<0,0001
Statut d'emploi	En emploi (vs sans emploi)	46,3	66,7	<0,0001
Perception de la situation financière ²	En difficulté (vs pas de difficultés)	74,3	61,3	<0,0001
Perception des conditions de logement	Logement instable (vs stable)	11,7	11,2	0,81
Groupes socio-épidémiologiques				
HSH non UDI		14,2	41,2	<0,0001
HSH UDI		7,9	1,3	
UDI		58,7	1,7	
Migrants AS		6,4	26,9	
Autres		12,8	28,9	
Consommation de cannabis, tabac, alcool				
Consommation de cannabis	Oui (vs non)	48,6	10,4	<0,0001
Consommation de tabac	Oui (vs non)	66	32,2	<0,0001
Consommation d'alcool	Oui (vs non)	65,9	72,5	0,01
Consommation régulière d'alcool	Oui (vs non)	21,9	27,3	0,05
<i>Binge drinking</i> ³	Oui (vs non)	4,4	4,9	0,72
Qualité de vie et dépression				
Qualité de vie physique (PCS) ⁴	Moyenne (ES)	41,2 (11,8)	44,9 (11,4)	<0,0001
Qualité de vie mentale (MCS) ⁴	Moyenne (ES)	45,6 (9,3)	47,8 (8,8)	0,001
Épisode dépressif majeur ⁵	Oui (vs non)	34,1	25,7	0,003
Caractéristiques liées au VIH				
Délai depuis le diagnostic VIH - mois	Moyenne (ES)	226 (84)	144 (88)	<0,0001
Charge virale VIH indétectable ⁶	Oui (vs non)	78,3	75,3	0,27
Taux de CD4 ⁷ - cellules/mm ³	Moyenne (ES)	589 (323)	593 (351)	0,86
Succès immunovirologique ⁸	Oui (vs non)	36,9	39,2	0,45
Traitement ARV	Oui	97	91,5	0,0003

ARV : antirétroviral ; ES : erreur standard ; HSH : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; Migrants AS : migrants nés en Afrique subsaharienne ; PVVIH : personnes vivant avec le VIH ; UDI : usagers de drogues par injection ; VHC : virus de l'hépatite C.

¹ Test exact de Fisher ou test T d'égalité des moyennes (données pondérées) ; ² En difficulté financière = « ne peut y arriver sans faire de dettes » ou « y arrive difficilement » ou « c'est juste, il faut faire attention » ; pas de difficultés = « ça va » ou « vous êtes plutôt à l'aise » ou « vous êtes vraiment à l'aise » ; ³ Consommation de plus de six verres d'alcool lors d'une seule occasion au cours du dernier mois ; ⁴ Scores agrégés de l'échelle MOS SF-12 ; ⁵ Au cours des 12 derniers mois, CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*) short form ; ⁶ Selon le seuil de la technique du laboratoire ; ⁷ Au dernier bilan ; ⁸ Charge virale VIH indétectable et taux de CD4>500 cellules/mm³.

représentée par le groupe des UDI VIH+⁶. En effet, l'un des facteurs de risque de transmission du VHC le plus important reste l'usage de drogue par injection⁷. Cependant, alors que les UDI représentaient dans la première enquête Vespa près de 17% de la population des PVVIH, moins de 10% des PVVIH de Vespa2 se sont contaminés lors d'un usage de drogues par

injection. Cette diminution s'explique en partie par l'efficacité de la politique de réduction des risques, basée sur les programmes d'échange de seringues, l'accès aux traitements de substitution aux opiacés et l'accès aux traitements antirétroviraux chez les usagers de drogue, qui a permis de diminuer considérablement l'incidence du VIH dans la population

Tableau 2

Caractéristiques des personnes vivant avec le VIH co-infectées par le VHC dans l'enquête ANRS-Vespa2 2011, selon l'exposition aux traitements pour le VHC (n=471)

		Exposition aux traitements pour le VHC		p valeur (univariée) ¹
		Oui	Non	
		% ou moyenne (ES)		
Caractéristiques sociodémographiques				
Âge - années	Moyenne (ES)	49 (7,9)	48,8 (6,5)	0,72
Genre	Femme	29,9	37	0,21
	Homme	70,1	62,8	
	Transgenre	0	0,2	
Niveau d'études	≥Bac (vs <Bac)	36,4	32,2	0,42
Statut d'emploi	En emploi (vs sans emploi)	42,5	51,6	0,13
Perception de la situation financière ²	En difficulté (vs pas de difficultés)	73	76,3	0,52
Perception des conditions de logement	Logement instable (vs stable)	11,2	10,3	0,80
Groupes socio-épidémiologiques				
HSH non UDI		16,4	14,1	0,036
HSH UDI		6,9	7,9	
UDI		50,5	64,7	
Migrants AS		9,7	4,4	
Autres		16,5	9	
Consommation de cannabis, tabac et alcool				
Consommation de cannabis	Oui (vs non)	50,3	47	0,57
Consommation de tabac	Oui (vs non)	68	64,5	0,53
Consommation d'alcool	Oui (vs non)	63,8	69,3	0,28
Consommation régulière d'alcool	Oui (vs non)	20	24,2	0,41
<i>Binge drinking</i> ³	Oui (vs non)	4,4	4,9	0,84
Qualité de vie et dépression				
Qualité de vie physique (PCS) ⁴	Moyenne (ES)	45,4 (9,7)	46 (9)	0,19
Qualité de vie mentale (MCS) ⁴	Moyenne (ES)	42,3 (11,2)	40,2 (12,4)	0,20
Épisode dépressif majeur ⁵	Oui (vs non)	32,8	36,9	0,44
Caractéristiques liées au VIH				
Délai depuis le diagnostic VIH - mois	Moyenne (ES)	231 (79)	215 (91)	0,08
Charge virale VIH indétectable ⁶	Oui (vs non)	84	69,2	0,0046
Taux de CD4 ⁷ - cellules/mm ³	Moyenne (ES)	601 (307)	580 (353)	0,60
Traitement ARV	Oui (vs non)	97	96,9	0,93

ARV : antirétroviral ; ES : erreur standard ; HSH : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; Migrants AS : migrants nés en Afrique subsaharienne ; PVVIH : personnes vivant avec le VIH ; UDI : usagers de drogues injectables ; VHC : virus de l'hépatite C.

¹ Test exact de Fisher ou test T d'égalité des moyennes (données pondérées) ; ² En difficulté financière = « ne peut y arriver sans faire de dettes » ou « y arrive difficilement » ou « c'est juste, il faut faire attention » ; pas de difficultés = « ça va » ou « vous êtes plutôt à l'aise » ou « vous êtes vraiment à l'aise » ; ³ Consommation de plus de six verres d'alcool lors d'une seule occasion au cours du dernier mois ; ⁴ Scores agrégés de l'échelle MOS SF-12 ;

⁵ Au cours des 12 derniers mois, CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*) short form ; ⁶ Selon le seuil de la technique du laboratoire ;

⁷ Au dernier bilan.

Tableau 3

Comportements sexuels chez les hommes co-infectés VIH-VHC ayant des rapports sexuels avec des hommes dans l'enquête ANRS-Vespa2 2011 (n=1 332)

		Co-infection VIH-VHC		p valeur (univariée) ¹
		Oui	Non	
		%		
Nombre de partenaires sexuels¹	0	24,1	20,5	0,009
	De 1 à 19	47,8	64,0	
	20 et plus	28,1	15,5	
Utilisation du préservatif avec le partenaire principal sérodiscordant¹ (n=295)	Non systématique	11,4	21,9	0,03
	Systématique	44,3	65,8	
	Pas de pratique de pénétration	44,4	12,3	
Utilisation du préservatif avec le(les) partenaire(s) occasionnel(s)² (n=682)	Non systématique	35,0	11,2	0,001
	Systématique	41,3	62,7	
	Pas de pratique de pénétration	23,7	26,1	
Utilisation du préservatif avec le dernier partenaire occasionnel sérodiscordant² (n=604)	Non	23,6	8,1	0,04
	Oui	50,2	65,3	
	Pas de pratique de pénétration	26,1	26,6	
Pratique du <i>fist fucking</i> avec le partenaire principal¹ (n=481)	Oui (vs non)	27,5	11,7	0,045
Pratique du <i>fist fucking</i> avec le partenaire occasionnel² (n=677)	Oui (vs non)	28,8	10,5	0,003

Séroconcordant : VIH positif ; Sérodiscordant : VIH négatif ou de statut VIH inconnu.

¹ Au cours des 12 derniers mois ; ² Lors du dernier rapport sexuel.

des UDI⁸. Elle est probablement aussi liée au fait que les UDI, qui sont majoritairement co-infectés, ont une espérance de vie moindre que les autres PVVIH. Le résultat montrant que les personnes VHC+ ont une date de diagnostic du VIH plus ancienne que les autres PVVIH confirme aussi que cette population est une population de « survivants », avec de rares cas de contaminations récentes par le VIH.

L'analyse des facteurs associés à la co-infection VIH-VHC confirme le profil de ces individus majoritairement anciens ou actuels usagers de drogue, caractérisés par une situation sociale précaire et susceptibles d'avoir eu un épisode dépressif majeur au cours des 12 derniers mois. Tous ces résultats corroborent les données déjà connues concernant les personnes co-infectées par le VIH et le VHC et montrent que la présence du VHC doit susciter une attention particulière, non seulement du fait de son impact sur la prise en charge du VIH⁹, mais aussi car elle s'accompagne d'une certaine vulnérabilité psychosociale à prendre en compte pour optimiser les soins¹⁰. En revanche, les données de Vespa2 montrent que les patients co-infectés VIH-VHC ne présentent pas de différence significative en termes de succès virologique VIH comparés aux autres PVVIH. Cette information est cruciale et doit

inciter à favoriser l'accès au traitement VHC pour les patients qui en ont besoin.

Alors que les consommateurs de stimulants infectés par le VHC sont peu nombreux dans Vespa2 (données non décrites), la population des HSH infectés par le VHC est bien représentée dans les données de l'enquête. Ceci peut être dû au fait que la séquence de contamination par les deux virus est le plus souvent différente chez les HSH par rapport aux UDI, avec des HSH d'abord infectés par le VIH et ensuite par le VHC.

Par rapport aux HSH mono-infectés, les HSH co-infectés utilisent moins le préservatif avec leur partenaire principal sérodiscordant et avec leurs partenaires occasionnels. Ceci peut constituer un facteur de risque majeur de transmission du VIH et du VHC pendant certaines pratiques sexuelles occasionnant des lésions avec présence de sang (*fist fucking*).

De plus, il est intéressant de noter que le VHC touche aussi des UDI du groupe des HSH. Les dernières données de la littérature montrent une augmentation des pratiques sexuelles à risque associées à l'usage de drogues avec une augmentation de l'infection à VHC dans cette population¹¹.

Même s'il est difficile ici de mettre en évidence des facteurs liés à l'accès au traitement pour le VHC, car nous ne pouvons pas ajuster l'analyse sur les facteurs issus des recommandations de prescription (comme le génotype ou le taux de CD4 avant la mise sous traitement), il est intéressant de noter que les UDI demeurent une population moins souvent traitée pour le VHC. Ceci est potentiellement attribuable à la fréquence élevée des infections à VHC de génotype 1 chez les UDI, ce génotype étant prédictif d'une moins bonne réponse au traitement combiné du VHC classique, par PEG-interféron et ribavirine. Il est également probable qu'une proportion plus importante de patients UDI n'a pas une infection à VIH suffisamment « stabilisée » pour débuter un traitement anti-VHC (voir l'article de R. Dray-Spira et coll. dans ce même numéro). De plus, les patients VIH+ UDI sont plus souvent concernés par des symptômes dépressifs qui peuvent être un frein à l'initiation d'un traitement anti-VHC, tant du point de vue du prescripteur que de celui du patient.

Limites de l'étude

Cette étude présente plusieurs limites. La première est le mode de recueil des données sur la co-infection par le VHC. En effet, il est probable que certains cas de co-infection ne figurent pas dans les dossiers médicaux. Compte tenu du peu de données manquantes sur la question relative à la co-infection, il s'agirait alors de patients non encore dépistés ou non signalés par les services hospitaliers. Une autre limite est la relative hétérogénéité du groupe « autres PVVIH », composé non seulement de personnes mono-infectées par le VIH, mais aussi potentiellement de personnes co-infectées par d'autres hépatites (VHB notamment). Par ailleurs, le caractère univarié des analyses présentées ne permet pas d'estimer les interactions entre les différents facteurs testés et leurs poids respectifs dans les différences observées entre les populations d'intérêt. Elles répondent cependant à l'objectif descriptif de cet article. Enfin, une autre limite est liée à la nature déclarative des données, qui ne permet pas de disposer d'informations sûres sur les traitements des patients et sur les réponses virologiques pour le VHC.

Conclusions

Cet aperçu de la situation actuelle de la co-infection par le VHC dans la population française des personnes infectées par le VIH devrait permettre de mieux cibler les actions à mener en santé publique pour améliorer la prise en charge du VIH et l'accès aux soins pour le VHC.

L'arrivée de nouvelles options thérapeutiques anti-VHC offre la possibilité d'un accès élargi et d'une efficacité supérieure de la prise en charge de l'infection par le VHC. Cependant, il est nécessaire de prendre en compte les caractéristiques de la population, les difficultés de la prise en charge combinée, les interactions avec d'autres traitements

(antidépresseurs, traitements de substitution, etc.), et surtout d'améliorer la relation médecin-patient pour vaincre les réticences qui peuvent persister encore chez certains médecins prescripteurs. En parallèle, les efforts de prévention de l'infection à VHC doivent désormais cibler des populations comme les HSH pour lesquelles les outils de « réduction des risques » sont encore à inventer, et qui concentrent de nouveaux cas d'infections potentiellement évitables. ■

Références

- [1] Jauffret-Roustide M, Le Strat Y, Couturier E, Thierry D, Rondy M, Quaglia M, *et al.* A national cross-sectional study among drug-users in France: epidemiology of HCV and highlight on practical and statistical aspects of the design. *BMC Infect Dis.* 2009; 9:113.
- [2] Foureur N, Fournier S, Jauffret-Roustide M, Labrouve V, Pascal X, Quatremère G, *et al.* SLAM - Première enquête qualitative en France. Pantin : AIDES; 2013. 60 p. <http://www.aides.org/actu/evenement/slam-premiere-enquete-qualitative-en-france-1873>
- [3] Perut V, Labalette C, Sogni P, Ferrand I, Salmon-Ceron D, Vidal-Trecan G. Access to care of patients with chronic hepatitis C virus infection in a university hospital: Is opioid dependence a limiting condition? *Drug Alcohol Depend.* 2009; 104(1-2):78-83.
- [4] Larsen C, Pialoux G, Salmon D, Antona D, Le Strat Y, Piroth L, *et al.* Prevalence of hepatitis C and hepatitis B infection in the HIV-infected population of France, 2004. *Euro Surveill.* 2008; 13(22).
- [5] Cot M, Cournut M, Le Goaster C. Premiers résultats de l'enquête ANRS-VESPA auprès des personnes vivant avec le VIH/sida. *Rev Epidemiol Santé Publique.* 2005; 53(1):79-85.
- [6] Cacoub P, Halfon P, Rosenthal E, Pialoux G, Benhamou Y, Perronne C, *et al.* Treatment of hepatitis C virus in human immunodeficiency virus infected patients in «real life»: modifications in two large surveys between 2004 and 2006. *J Hepatol.* 2008; 48(1):35-42.
- [7] Nelson PK, Mathers BM, Cowie B, Hagan H, Des Jarlais D, Horyniak D, *et al.* Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews. *Lancet.* 2011; 37:571-83.
- [8] Carrieri MP, Spire B. Harm reduction and control of HIV in IDUs in France. *Lancet.* 2008 9; 372(9637):448.
- [9] Braitstein P, Justice A, Bangsberg DR, Yip B, Alfonso V, Schechter MT, *et al.* Hepatitis C coinfection is independently associated with decreased adherence to antiretroviral therapy in a population-based HIV cohort. *AIDS.* 2006; 20(3):323-31.
- [10] Lekas HM, Siegel K, Leider J. Challenges facing providers caring for HIV/HCV-coinfecting patients. *Qual Health Res.* 2012; 22(1):54-66.
- [11] Myers T, Allman D, Xu K, Remis RS, Aguinardo J, Burchell A, *et al.* The prevalence and correlates of hepatitis C virus (HCV) infection and HCV-HIV co-infection in a community sample of gay and bisexual men. *Int J Infect Dis.* 2009; 13(6):730-9.

Citer cet article

Roux P, Demoulin B, Sogni P, Carrieri P, Dray-Spira R, Spire B, *et al.*, et le groupe Vespa2. La co-infection par le virus de l'hépatite C chez les personnes infectées par le VIH : données de l'enquête ANRS-Vespa2. *Bull Epidemiol Hebd.* 2011; (26-27):314-20.

MÉTHODOLOGIE GÉNÉRALE DE L'ENQUÊTE ANRS-VESPA2

// GENERAL METHOD OF THE ANRS-VESPA2 STUDY

Rosemary Dray-Spira (rosemary.dray-spira@inserm.fr)^{1,2}, Bruno Spire^{3,4,5}, France Lert^{1,2} et le groupe Vespa2

¹ Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations, Inserm, U1018, Villejuif, France

² Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, UMRS 1018, Villejuif, France

³ Inserm UMR912 (Sesstim), Marseille, France

⁴ Aix-Marseille Université, UMR_S912, IRD, Marseille, France

⁵ ORS Paca - Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, Marseille, France

Soumis le 09.04.2013 // Date of submission: 04.09.2013

Mots-clés : Infection à VIH, Conditions de vie, Vespa2, Méthodologie, France

// **Keywords:** HIV infection, Living conditions, VESPA2, Methodology, France

Constitution de l'échantillon

L'enquête Vespa2 (VIH : Enquête sur les personnes atteintes) a été conçue de façon à rendre compte au mieux de la diversité de la population suivie pour l'infection par le VIH sur le territoire national en termes épidémiologique, démographique et de lieu de prise en charge. Pour des raisons pratiques, le champ de l'étude s'est limité aux personnes suivies à l'hôpital.

Métropole

Une base de sondage de l'ensemble des hôpitaux ayant une activité de suivi VIH a été constituée par croisement des bases de données existantes : Base de données hospitalière française sur l'infection à VIH (FHDH ANRS CO4), Cohorte Aquitaine, données de la déclaration obligatoire de l'Institut de veille sanitaire, données des Corevih) et, pour chaque établissement, la taille de la file active de patients séropositifs a été documentée. Parmi les 605 hôpitaux recensés au total, 118 avaient une file active VIH d'au moins 100 patients. Ces 118 hôpitaux, comptant une file active VIH totale de 79 046 patients, ont été répartis en trois strates selon la taille de la file active : 36 « petits » (file active de 100 à 300 patients), 52 « moyens » (300 à 800) et 30 « gros » (plus de 800).

Les hôpitaux ont été sélectionnés, au sein de cette base de sondage pour l'enquête, par un tirage au sort stratifié sur la taille de la file active VIH, avec une fraction de sondage de 1 parmi les « gros » établissements, de 1 sur 2 parmi les « moyens » et de 1 sur 4 parmi les « petits ». Au sein des hôpitaux sélectionnés, tous les services ayant une activité de suivi VIH étaient éligibles pour l'enquête. Au total, 86 services ont été sollicités, parmi lesquels 73 (dans 68 hôpitaux) ont participé. Au sein de chaque service, tous les médecins assurant le suivi de patients séropositifs en consultation externe ou en hôpital de jour (HDJ) ont été sollicités pour participer. Parmi les 510 médecins éligibles sollicités, 413 (81%) ont participé.

Pour être éligibles, les patients devaient être âgés de 18 ans ou plus, être séropositifs pour le VIH-1 avec un diagnostic datant d'au moins 6 mois et résider en France depuis au moins 6 mois. Les patients éligibles étaient sélectionnés pour l'enquête par un tirage au sort dont le pas de tirage était différent selon le type de recours à l'hôpital : en consultation externe, les consultants éligibles étaient tirés au sort selon l'ordre de leur passage en consultation; en HDJ, tous les patients éligibles étaient sélectionnés. Les patients tirés au sort étaient sollicités par le médecin pour l'enquête, sauf si celui-ci le jugeait inadéquat en raison d'un problème de santé ou de difficultés linguistiques.

Afin de constituer un échantillon (fixé à 3 000 patients) reflétant la distribution de la file active totale, le nombre de patients à inclure a été calculé pour chaque hôpital au prorata de la part de sa file active dans la strate et de la part de la strate dans la file active totale. Dans les cinq hôpitaux comptant deux services participants, l'effectif à inclure a été réparti entre les services au prorata de leur file active VIH. Au sein de chaque service, l'effectif à inclure a été réparti au prorata du volume d'activité entre les consultations externes et l'HDJ, d'une part, et entre les médecins, d'autre part.

Départements d'outre-mer (DOM)

L'ensemble des services hospitaliers ayant une activité de prise en charge du VIH en Martinique (1 service), Guadeloupe (2 services), à La Réunion (2 services) et à Saint-Martin (1 service) ont participé à l'enquête. En Guyane, l'enquête s'est déroulée uniquement à l'hôpital de Cayenne (2 services). Ces huit hôpitaux comptaient une file active VIH totale de 4 203 patients. Pour être éligibles, les patients devaient être âgés de 18 ans ou plus, séropositifs pour le VIH-1 avec un diagnostic datant d'au moins 6 mois et suivis dans le département depuis au moins 6 mois. Les modalités de sélection des patients étaient identiques à celles utilisées en métropole. Dans chaque service,

le nombre de patients à inclure a été fixé à 15% de la file active VIH, réparti au *pro rata* du volume d'activité entre les consultations externes et l'HDJ d'une part, et entre les médecins d'autre part.

Informations collectées

Pour tous les patients éligibles, les informations suivantes étaient systématiquement documentées dans un registre d'informations : sexe, âge, nationalité, situation d'emploi, groupe de transmission, taux de CD4 et charge virale.

Les participants répondaient à un questionnaire standardisé administré en face-à-face (méthode Capi, *Computer Assisted Personal Interview* en métropole) par un enquêteur spécialisé sur place, à l'issue de la consultation médicale. Le questionnaire, d'une durée moyenne de 55 minutes, investiguait de façon détaillée de nombreuses dimensions des conditions de vie et de la santé. Afin de permettre les comparaisons, la formulation des questions a le plus souvent possible été reprise de la première enquête Vespa (effectuée en 2003) et d'enquêtes en population générale ou auprès de la population homosexuelle. Au terme de l'entretien, les participants recevaient une indemnisation de 15€ sous forme de bon d'achat.

En métropole, les participants étaient aussi invités à remplir sur place un questionnaire auto-administré comportant des échelles d'évaluation de la santé, de la qualité de vie et des soins.

Enfin, pour chaque participant, des informations médicales sur les indicateurs clés de l'infection par le VIH, les comorbidités et les traitements prescrits étaient documentées par l'équipe soignante à partir du dossier médical.

Dans chaque service, au terme de la période d'enquête, un attaché de recherche clinique était chargé de s'assurer de l'exhaustivité des informations collectées dans le registre d'informations pour l'ensemble des éligibles d'une part, et des données médicales pour les participants d'autre part.

Bilan du recueil

Métropole

Entre le 4 avril 2011 et le 4 janvier 2012, 9 098 individus répondant aux critères d'éligibilité se sont présentés dans les services participants au cours d'un nombre total de 1 633 sessions de consultations ou d'HDJ. Parmi eux, 5 617 (61,7%) ont été tirés au sort pour l'enquête, parmi lesquels 378 (6,8%) n'ont pas été sollicités par leur médecin (212 pour des raisons de santé et 166 pour des problèmes de langue). Parmi les 5 239 individus sollicités, 2 147 ont refusé et 70 ont abandonné l'interview en cours de questionnaire. Au total, 3 022 individus ont été inclus (taux de participation : 57,7%).

Comparés aux éligibles, les participants étaient significativement plus souvent des hommes infectés par rapports sexuels avec des hommes, avaient plus souvent un taux de $CD4 > 500/mm^3$, et ils étaient moins souvent étrangers et en emploi.

DOM

Entre janvier et décembre 2011, 1 672 individus répondant aux critères d'éligibilité se sont présentés dans les services participants au cours d'un nombre total de 408 sessions de consultations ou d'HDJ. Parmi eux, 1 065 (63,7%) ont été tirés au sort pour l'enquête, parmi lesquels 125 (11,7%) n'ont pas été sollicités par leur médecin (83 pour des raisons de santé et 42 pour des problèmes de langue). Parmi les 940 individus sollicités, 317 ont refusé et 25 ont abandonné l'interview en cours de questionnaire. Au total, 598 individus ont été inclus (taux de participation : 63,6%).

Selon les départements, des différences existaient entre individus participants et éligibles en termes d'âge, de sexe, de groupe de transmission, de situation d'emploi et de charge virale.

Pondération et redressement

Afin de tenir compte du plan de sondage et des biais liés à la non-participation, les données brutes ont été corrigées par des coefficients de pondération et de redressement qui 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 des différents départements d'outre-mer d'autre part (sauf en Guyane où le champ de l'enquête se limite à Cayenne). Le coefficient de pondération correspond à l'inverse de la probabilité d'inclusion de chaque individu dans l'échantillon, probabilité calculée sur la base des caractéristiques du plan de sondage et de la fréquence individuelle de venue à l'hôpital. Le coefficient de redressement, obtenu par post-stratification, a été calculé de manière à ce que la distribution pondérée et redressée des caractéristiques des individus participants en termes de sexe, âge, nationalité, situation d'emploi, groupe de transmission, taux de CD4, charge virale et région de l'hôpital soit la même que parmi l'ensemble des individus éligibles pour l'enquête.

Toutes les analyses portent sur les données pondérées et redressées.

Construction des groupes socio-épidémiologiques

En métropole, en raison de la concentration de l'épidémie dans des groupes de la population bien circonscrits, avec des traits démographiques et sociaux spécifiques et des niveaux de prévalence et d'incidence très différents, des groupes socio-épidémiologiques exclusifs ont été créés : hommes

ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH : hommes ne se définissant pas hétérosexuels ou ayant eu au moins un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois, quel que soit leur pays de naissance); usagers de drogue par injection (UDI : transmission du VIH par usage de drogue ou histoire d'injection ou de substitution dans la vie, quel que soit leur pays de naissance et à l'exclusion des HSH); immigrés originaires d'Afrique subsaharienne; et un groupe « autres », constitué de personnes non UDI, françaises ou immigrées nées dans un pays hors d'Afrique subsaharienne, principalement infectées par des rapports hétérosexuels. Hommes et femmes ont été distingués dans chaque groupe.

Traitement des non-réponses

Du fait des modalités de l'enquête (entretien en face-à-face par Capi avec un enquêteur spécialisé et utilisation de questions validées pour le recueil des informations du questionnaire principal; vérification par un attaché de recherche clinique de l'exhaustivité des informations collectées pour les données médicales et le registre d'informations), les données manquantes étaient limitées pour l'ensemble des informations recueillies. En conséquence, aucune méthode systématique de traitement des non-réponses n'a été mise en œuvre.

Limites méthodologiques

L'enquête Vespa2 visait à fournir des informations fiables et détaillées sur les conditions de vie de la population des personnes vivant avec le VIH en France dans son ensemble. Malgré la mise en œuvre d'outils méthodologiques variés pour atteindre cet objectif, certaines limites doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats.

Tout d'abord, les informations apportées par l'enquête Vespa2 ne concernent pas la totalité des personnes vivant avec le VIH en France. En premier lieu, les personnes ayant une infection à VIH non diagnostiquée sont exclues du champ de l'enquête. De plus, la population enquêtée exclut trois types de personnes diagnostiquées séropositives : a) les personnes dont le diagnostic VIH date de moins de 6 mois au moment de l'enquête; b) les personnes dont le diagnostic VIH date de plus de 6 mois qui ne sont pas prises en charge sur le plan médical pour leur infection; c) les personnes dont le diagnostic VIH date de plus de 6 mois qui sont suivies exclusivement en ville ou dans des hôpitaux ayant une file active inférieure à 100 patients VIH. Cependant, aujourd'hui le suivi de l'infection à VIH est principalement effectué dans des services hospitaliers spécialisés et le suivi exclusif en ville reste limité, suggérant que les estimations issues de l'enquête Vespa2 s'appliquent à l'immense majorité de la population diagnostiquée séropositive en France.

Par ailleurs, les informations collectées auprès des participants ont pu être influencées par les modalités de leur recueil. En effet, les réponses à certaines

questions, notamment celles concernant la sexualité et les pratiques préventives, peuvent avoir fait l'objet d'un phénomène de « désirabilité sociale » du fait que ces questions étaient posées lors d'un entretien en face-à-face, au sein même du service hospitalier dans lequel les personnes étaient suivies. Toutefois, la méthodologie mise en œuvre, et plus particulièrement la passation des entretiens par des enquêteurs professionnels extérieurs aux services, le respect strict de l'anonymat au cours de l'entretien et l'utilisation de questions validées dans d'autres contextes et populations, a probablement permis de limiter ce phénomène.

Éthique

Tous les supports individuels de recueil étaient anonymisés au moment de l'inclusion dans l'étude. L'enquête a reçu un avis favorable du Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS, 20/01/2010) et l'autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL, Décision DR-2010-368, 06/12/2010).

Remerciements

Les auteurs remercient les personnes qui ont accepté de participer à l'enquête ANRS-Vespa2 et les associations qui ont apporté leur soutien à l'étude.

Les remerciements vont aussi aux investigateurs :

En métropole, Aix-en-Provence, CH Pays d'Aix (T. Allègre, P. Mours, J.M. Riou, M. Sordage); Angers, CHU Hôtel-Dieu (J.M. Chennebault, P. Fialaire, V. Rabier); Annemasse, CH Alpes-Léman (M. Froidure, D. Huguot, D. Leduc); Avignon, Hôpital Henri Duffaut (G. Pichancourt, A. Wajsbrodt); Besançon, Hôpital Saint-Jacques (C. Bourdeaux, A. Foltzer, B. Hoen, L. Hustache-Mathieu); Bobigny, Hôpital Avicenne (S. Abgrall, R. Barruet, O. Bouchaud, A. Chabrol, S. Mattioni, F. Mechai); Bondy, Hôpital Jean Verdier (V. Jeantils); Bordeaux, Hôpital Saint-André (N. Bernard, F. Bonnet, M. Hessamfar, D. Lacoste, D. Malvy, P. Mercié, P. Morlat, F. Paccalin, M.C. Pertusa, T. Pistone, M.C. Receveur, M.A. Vandenhende); Boulogne-Billancourt, Hôpital Ambroise Paré (C. Dupont, A. Freire Maresca, J. Leporrier, E. Rouveix); Caen, Hôpital Clémenceau (S. Dargere, A. de la Blanchardière, A. Martin, V. Noyon, R. Verdon); CH de Chambéry (O. Rogeaux); Clermont-Ferrand, CHU Gabriel Montpied (J. Beytout, F. Gourdon, H. Laurichesse); Colombes, Hôpital Louis-Mourier (F. Meier, E. Mortier, A.M. Simonpoli); Creil, CH Laennec (F. Cordier); Créteil, CHIC (I. Delacroix, V. Garrait, B. Elharrar); Hôpital Henri Mondor (S. Dominguez, A.S. Lascaux, J.D. Lelièvre, Y. Levy, G. Melica); Dijon, Hôpital du Bocage (M. Buisson, L. Piroth, A. Waldner); Eaubonne, Hôpital Simone Veil (N. Gruat, A. Leprêtre); Garches, Hôpital Raymond-Poincaré (P. de Truchis, D. Le Du, J.Cl. Melchior); CH de Gonesse (R. Sehouane, D. Troisvallats); CHU de Grenoble (M. Blanc, I. Boccon-Gibod, A. Bosseray, J.P. Brion, F. Durand, P. Leclercq, F. Marion, P. Pavese); La Rochelle, Hôpital Saint-Louis (E. Brottier-Mancini, L. Faba, M. Roncato-Saberan); La Roche-sur-Yon, CHD Les Oudairies (O. Bollengier-Stragier, J.L. Esnault, S. Leautez-Nainville, P. Perré); CH de Lagny Marne-la-Vallée (E. Froguel, M. Nguessan, P. Simon); Le Chesnay, CH de Versailles (P. Colardelle, J. Doll, C. Godin-Collet, S. Roussin-Bretagne); Le Kremlin-Bicêtre, Hôpital de Bicêtre (J.F. Delfraissy, M. Duracinsky, C. Goujard, D. Peretti, Y. Quertainmont); CH du Mans (J. Marionneau); Lens, CH Dr. Schaffner (E. Aissi, N. Van Grunderbeeck); Limoges, CHU Dupuytren (E. Denes, S. Ducroix-Roubertou, C. Genet, P. Weinbreck); Lyon, Hôpital de la Croix-Rousse

(C. Augustin-Normand, A. Boibieux, L. Cotte, T. Ferry, J. Koffi, P. Miaillhes, T. Perpoint, D. Peyramond, I. Schlienger); Hôpital Édouard-Herriot (J.M. Brunel, E. Carbonnel, P. Chiarello, J.M. Livrozet, D. Makhloufi); Marseille, Hôpital de la Conception (C. Dhiver, H. Husson, A. Madrid, I. Ravaux, M.L. de Severac, M. Thierry Mieg, C. Tomei), Hôpital Nord (S. Hakoun, J. Moreau, S. Mokhtari, M.J. Soavi), Hôpital Sainte Marguerite (O. Faucher, A. Ménard, M. Orticoni, I. Poizot-Martin, M.J. Soavi); Montpellier, Hôpital Gui de Chauliac (N. Atoui, V. Baillat, V. Faucherre, C. Favier, J.M. Jacquet, V. Le Moing, A. Makinson, R. Mansouri, C. Merle); Montivilliers, Hôpital Jacques Monod (N. Elforzli); Nantes, Hôtel-Dieu (C. Allavena, O. Aubry, M. Besnier, E. Billaud, B. Bonnet, S. Bouchez, D. Boutoille, C. Brunet, N. Feuillebois, M. Lefebvre, P. Morineau-Le Houssine, O. Mounoury, P. Point, F. Raffi, V. Reliquet, J.P. Talarmin); Nice, Hôpital l'Archet (C. Ceppi, E. Cua, P. Dellamonica, F. De Salvador-Guillouet, J. Durant, S. Ferrando, V. Mondain-Miton, I. Perbost, S. Pillet, B. Prouvost-Keller, C. Pradier, P. Pugliese, V. Rahelinirina, P.M. Roger, E. Rosenthal, F. Sanderson); Orléans, Hôpital de La Source (L. Hocqueloux, M. Niang, T. Prazuck), Hôpital Porte Madeleine (P. Arsac, M.F. Barrault-Anstett); Paris, Hôpital Bichat - Claude-Bernard (M. Ahouanto, E. Bouvet, G. Castanedo, C. Charlois-Ou, A. Dia Kotuba, Z. Eid-Antoun, C. Jestin, K. Jidar, V. Joly, M.A. Khuong-Josses, N. Landgraf, R. Landman, S. Lariven, A. Leprêtre, F. L'hériteau, M. Machado, S. Matheron, F. Michard, G. Morau, G. Pahlavan, B.C. Phung, M.H. Prévot, C. Rioux, P. Yéni), Hôpital Cochin-Tarnier (F. Bani-Sadr, A. Calboreanu, E. Chakvetadze, D. Salmon, B. Silbermann), Hôpital européen Georges-Pompidou (D. Batisse, M. Beumont, M. Buisson, P. Castiel, J. Derouineau, M. Eliaszewicz, G. Gonzalez, D. Jayle, M. Karmochkine, P. Kousignian, J. Pavie, I. Pierre, L. Weiss), Hôpital Lariboisière (E. Badsy, M. Bendenoun, J. Cervoni, M. Diemer, A. Durel, A. Rami, P. Sellier), Hôpital Pitié-Salpêtrière (H. Ait-Mohand, N. Amirat, M. Bonmarchand, F. Bourdillon, G. Breton, F. Caby, J.P. Grivois, C. Katlama, M. Kirstetter, L. Paris, F. Pichon, L. Roudière, L. Schneider, M.C. Samba, S. Seang, A. Simon, H. Stitou, R. Tubiana, M.A. Valantini), Hôpital Saint-Antoine (D. Bollens, J. Bottero, E. Bui, P. Campa, L. Fonquernie, S. Fournier, P.M. Girard, A. Goetschel, H.F. Guyon, K. Lacombe, F. Lallemand, B. Lefebvre, J.L. Maynard, M.C. Meyohas, Z. Ouazene, J. Pacanowski, O. Picard, G. Raguin, P. Roussard, M. Tourneur, J. Tredup, N. Valin); Hôpital Saint-Louis (S. Balkan, F. Clavel, N. Colin de Verdière, N. De Castro, V. de Lastours, S. Ferret, S. Gallien, V. Garrait, L. Gérard, J. Goguel, M. Lafaurie, C. Lascoux-Combe, J.M. Molina, E. Oksenhendler, J. Pavie, C. Pintado, D. Ponscarne, W. Rozenbaum, A. Scemla), Hôpital Tenon (P. Bonnard, L. Lassel, M.G. Lebrette, T. Lyavanc, P. Mariot, R. Missonnier, M. Ohayon, G. Pialoux, M.P. Treilhous, J.P. Vincensini); Hôtel-Dieu (J. Gilquin, B. Hadacek, L. Nait-Ighil, T.H. Nguyen, C. Pintado, A. Sobel, J.P. Viard, O. Zak Dit Zbar); Perpignan, Hôpital Saint-Jean (H. Aumaître, A. Eden, M. Ferreyra, F. Lopez, M. Medus, S. Neuville, M. Saada); Pontoise, CH René Dubos (L. Blum); Quimper, Hôpital Laennec (P. Perfezou); Rennes, Hôpital de Pontchaillou (C. Arvieux, J.M. Chaplain, M. Revest, F. Souala, P. Tattevin); Rouen, Hôpital Charles-Nicolas (S. Bord, F. Borsa-Lebas, F. Caron,

C. Chapuzet, Y. Debab, I. Gueit, M. Etienne, C. Fartoukh, K. Feltgen, C. Joly, S. Robaday-Voisin, P. Suel); Saint-Denis, CH Delafontaine (M.A. Khuong, J. Krausse, M. Poupard, G. Tran Van); Saint-Étienne, CHU Nord (C. Cazorla, F. Daoud, P. Fascia, A. Frésard, C. Guglielminotti, F. Lucht); Strasbourg, Nouvel hôpital civil (C. Bernard-Henry, C. Cheneau, J.M. Lang, E. de Mautort, M. Partisani, M. Priester, D. Rey); Suresnes, Hôpital Foch (C. Majerholc, D. Zucman); Toulon, CHI Chalucet (A. Assi, A. Lafeuillade), Hôpital Sainte-Anne (J.P. de Jaureguiberry, O. Gisserot); Toulouse, Hôpital de La Grave (C. Aquilina, F. PrevotEAU du Clary), Hôpital Purpan (M. Alvarez, M. Chauveau, L. Cuzin, P. Delobel, D. Garipuy, E. Labau, B. Marchou, P. Massip, M. Mularczyk, M. Obadia); Tourcoing, CH Gustave Dron (F. Ajana, C. Allienne, V. Baclet, X. de la Tribonnière, T. Huleux, H. Melliez, A. Meybeck, B. Riff, M. Valette, N. Viget); Tours, CHRU Bretonneau (F. Bastides, L. Bernard, G. Gras, P. Guadagnin); Vandoeuvre-lès-Nancy, CHU Brabois (T. May, C. Rabaud); Vannes, CH Bretagne Atlantique (A. Dos Santos, Y. Poinson); Villejuif, Hôpital Paul-Brousse (O. Derradj, L. Escout, E. Teicher, D. Vittecoq); CHI de Villeneuve-Saint-Georges, (J. Bantsima, P. Caraux-Paz, O. Patey).

Dans les départements d'Outre-mer, Guadeloupe: CH de La Basse-Terre (F. Boulard), CHU de Pointe-à-Pitre-Abymes (S. Daval, I. Fabre, E. Gaubert-Maréchal, I. Lamaury, T. Messiaen, M. Pillot Debelleix); Guyane: Cayenne, CH Andrée Rosemon (M. Calvez, P. Coupipié, M. Demar, F. Djossou, M. El Guedj, C. Magnien, A. Mahamat, C. Misslin Tritsch, M. Nacher, T. Vaz); La Réunion: Saint-Pierre, Groupe hospitalier Sud-Réunion (G. Borgherini, A. Foucher, P. Poubeau), Saint-Denis, Hôpital Félix Guyon (C. Gaud, B. Kuli, M. Lagrange-Xelot, C. Ricaud, R. Rodet, J. Serge); Martinique: CHU de Fort-de-France (S. Abel, A. Cabié, P. Hochedez, G. Hurtré, B. Liautaud, S. Pierre-François, N. Vignier); Saint Martin: CH Louis-Constant Fleming (C. Clavel, J. Reltien, S. Stegmann).

Les auteurs remercient Yann Le Strat (InVS, Saint-Maurice), Lise Cuzin (Hôpital Purpan, Toulouse) et Laurence Meyer (Cesp, Inserm, Le Kremlin Bicêtre) pour leurs conseils méthodologiques; Daniela Rojas Castro (Aides, Pantin) et Hugues Fischer (Act-Up Paris) pour leur contribution à la préparation de l'étude.

L'enquête ANRS-Vespa2 a été financée par l'Agence nationale de recherche contre le sida et les hépatites virales (ANRS), avec un soutien du ministère de l'Outre-mer pour l'enquête réalisée dans les départements d'Outre-mer.

Le recueil des données a été assuré par les sociétés ClinSearch et Ipsos.

Le groupe ANRS-Vespa2 est composé de France Lert et Bruno Spire (responsables scientifiques), Patrizia Carrieri, Rosemary Dray-Spira, Christine Hamelin, Nicolas Lorente, Marie Préau et Marie Suzan, avec la collaboration de Marion Mora.

Citer cet article

Dray-Spira R, Spire B, Lert F, et le groupe Vespa2. Méthodologie générale de l'enquête ANRS-Vespa2. Bull Epidemiol Hebd. 2013; (26-27):321-4.