

## 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)<sup>1,2</sup>, Kayigan Wilson d'Almeida<sup>1,2</sup>, Cindy Aubrière<sup>1,2</sup>, Fabienne Marcellin<sup>3,4,5</sup>, Bruno Spire<sup>3,4,5</sup>, France Lert<sup>1,2</sup> et le groupe Vespa2

<sup>1</sup> Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations, Inserm U1018, Villejuif, France

<sup>2</sup> Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, UMRS 1018, Villejuif, France

<sup>3</sup> Inserm, UMR912 (Sesstim), Marseille, France

<sup>4</sup> Aix-Marseille Université, UMR\_S912, IRD, Marseille, France

<sup>5</sup> 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/mm<sup>3</sup> 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 immigrants 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/mm<sup>3</sup> 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 VIH<sup>1</sup>, permis de réduire la mortalité<sup>2</sup> 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 population<sup>3</sup>.

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 2003<sup>4</sup> 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/mm<sup>3</sup> (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/mm<sup>3</sup> (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/mm<sup>3</sup>. 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

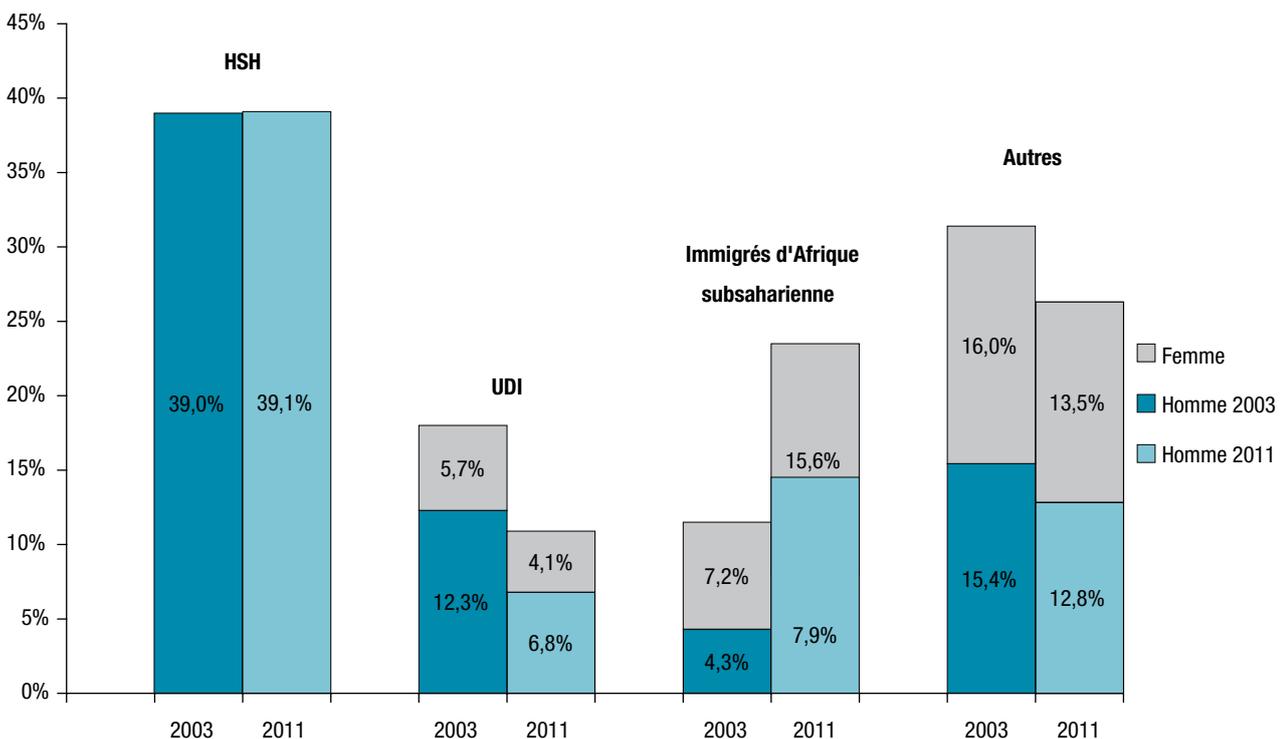


Tableau 1

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†)	
<b>Ancienneté du diagnostic VIH en années (médiane [IQR])</b>	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
<b>Traitement antirétroviral prescrit</b>	83,2	93,3	<0,001	94,0	91,8	88,5	88,0	97,0	94,5	<0,001
<b>Parmi les traités :</b>										
Taux de CD4/mm <sup>3</sup>										
<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
<b>Antécédent d'hépatite C</b>	21,9	16,4	<0,001	9,1	86,3	4,3	4,6	8,3	7,7	<0,001
<b>Traitement antihypertenseur</b>	-	17,1	-	16,3	12,9	15,9	18,8	24,1	15,0	0,08
<b>Traitement hypolipémiant</b>	-	17,5	-	21,9	10,8	13,9	2,9	30,4	18,1	<0,001
<b>Traitement hypoglycémiant</b>	-	4,2	-	4,0	1,0	7,0	3,8	5,0	2,5	0,25
<b>Épisode dépressif majeur dans l'année</b>	-	12,9	-	16,1	16,7	3,6	10,3	8,7	13,0	<0,001
<b>État de santé perçu</b>										
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	
<b>Hospitalisation complète dans l'année</b>	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†)	
<b>Âge au diagnostic en années (médiane [IIQ])</b>	36 [30-45]	37 [30-46]	38 [32-45]	33 [28-38]	44 [36-52]	39 [29-45]	<0,001
<b>Catégorie socio-professionnelle</b>							
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	
<b>Circonstances du test diagnostique</b>							
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	
<b>Délai d'entrée dans les soins après le diagnostic</b>							
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	
<b>Diagnostic à un stade tardif (&lt;350 CD4 et/ou stade sida)</b>	48,6	34,8	61,8	56,4	65,6	39,7	<0,001
<b>Diagnostic à un stade ultra-tardif (&lt;200 CD4 et/ou stade sida)</b>	29,8	19,6	42,4	34,2	47,0	17,7	<0,001
<b>Situation vis-à-vis du traitement antirétroviral en 2011</b>							
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 standard<sup>5</sup>, 34,8% présentaient lors du diagnostic une infection avancée à un stade tardif (<350 CD4/mm<sup>3</sup> ou sida dans l'année du diagnostic) et 19,6% à un stade ultra-tardif (<200 CD4/mm<sup>3</sup> 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)<sup>6</sup>. 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'InVS<sup>7</sup>, 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'épidémie<sup>7</sup>, 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 drogue<sup>7</sup>, 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<sup>2,8</sup>. 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'accroît<sup>9</sup>. 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)<sup>10,11,12,13</sup>. 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%)<sup>6</sup>. 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 épidémiologique<sup>7</sup>. 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 population<sup>14</sup>. 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 1 000<sup>15</sup>, voire inférieure<sup>16</sup>. 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 diagnostiquée<sup>15</sup>. 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](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](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](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.