

# **VIH, sida et IST**

Etat des lieux des données en 2003

**Institut de veille sanitaire**

Département des maladies infectieuses

# Sommaire

**Surveillance de l'infection à VIH et du sida en France au 30 juin 2003 : un nouveau dispositif qui permet de mieux suivre la dynamique de l'épidémie**

**Baromètre Gay 2002 : les pratiques sexuelles à risque se maintiennent chez les homosexuels fréquentant les lieux de rencontre gays**

**Epidémie de syphilis en France depuis 2000**

**Tendances en matière de réduction des risques chez les usagers de drogues de 1996 à 2002 : résultats encourageants pour le VIH, préoccupants pour le VHC mais des questions restent encore sans réponse**

**Le programme européen de surveillance du VIH (EuroHIV): une augmentation de la transmission sexuelle du VIH en Europe de l'Ouest**

**Synthèse**

## **Surveillance de l'infection à VIH et du sida en France au 30 juin 2003 : un nouveau dispositif qui permet de mieux suivre la dynamique de l'épidémie**

### **Les nouveaux diagnostics d'infection à VIH depuis la mise en place du système de déclaration obligatoire : résultats préliminaires**

La mise en place début février 2003 d'un système de déclaration obligatoire, renforçant la protection de l'anonymat des personnes, a permis de débiter la déclaration obligatoire de l'infection à VIH. Seuls sont notifiés les nouveaux diagnostics d'infection à VIH et non pas l'ensemble des personnes séropositives. Depuis mars 2003, près de 3 000 fiches de notifications du VIH ont été reçues à l'InVS (*situation au 15 novembre 2003*).

Ces premiers mois de surveillance correspondent à la mise en route du nouveau système pour les déclarants, biologistes et médecins, mais également pour l'InVS avec la gestion de ces notifications anonymisées.

Une analyse préliminaire des 510 premiers cas d'infection à VIH diagnostiqués (de mars à fin juin 2003) est disponible aujourd'hui. Il faut cependant interpréter ces résultats avec prudence, les données dont nous disposons actuellement étant incomplètes. Les résultats présentés pourraient donc être modifiés dans les mois à venir.

Les femmes représentent près de la moitié des nouveaux diagnostics d'infection à VIH (42% de femmes et 58% d'hommes) et 68% des femmes sont de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne. L'âge moyen au moment du diagnostic est de 36 ans, les femmes (33 ans) sont en moyenne plus jeunes que les hommes (38 ans).

Les premiers résultats montrent que les rapports hétérosexuels constituent le principal mode de contamination (64% de l'ensemble des nouveaux diagnostics) (figure 1). Parmi les personnes contaminées par rapports hétérosexuels, plus d'une personne sur deux est de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne. Les homosexuels représentent 32% des nouveaux diagnostics et les usagers de drogue seulement 4%.

Globalement, les personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne représentent 37% des nouveaux diagnostics d'infection à VIH (figure 2).

Une personne sur deux n'exerce pas d'activité professionnelle. Le dépistage, permettant de faire le diagnostic de l'infection à VIH, est le plus souvent réalisé devant l'apparition de signes cliniques (39%), à la suite d'une prise de risque (22%) ou dans le cadre d'un bilan (prénuptial, préopératoire...) (17%). Plus de la moitié (56%) des nouveaux diagnostics VIH ont été notifiés par la région d'Ile de France.

### **La situation du sida au 30 juin 2003**

Après 6 années consécutives de baisse liée à l'introduction en 1996 des puissantes associations d'antirétroviraux, le nombre des nouveaux cas de sida ne diminue plus depuis 2002. Cette tendance globale diffère selon le mode de contamination (figure 3). Chez les personnes contaminées par rapports hétérosexuels, le nombre des cas de sida augmente à nouveau lentement depuis 1998, alors qu'il continue à diminuer chez les usagers de drogue et se stabilise chez les homosexuels. Par conséquent, les rapports hétérosexuels représentent le principal mode de contamination parmi les cas de sida depuis plus de 5 ans (58% pour le 1<sup>er</sup> semestre 2003). Sur la même période, les homosexuels et les usagers de drogue représentent respectivement 29% et 12% de l'ensemble des cas de sida (figure 1).

L'augmentation des cas chez les hétérosexuels est liée principalement à une forte progression chez les personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne : en 2003, 29% des cas de sida surviennent chez des personnes originaires d'Afrique subsaharienne (figure 2) alors qu'elles

ne représentaient que 7% en 1996. Depuis 2002, il y a autant de diagnostics de sida chez les femmes de nationalité française que chez les femmes d'Afrique sub-saharienne.

Les personnes atteintes du sida ont en moyenne 41 ans (les femmes ont 38 ans et les hommes 43 ans).

Près de 8 sida sur 10 sont diagnostiqués chez des personnes qui n'ont pas reçu de traitement anti-rétroviral avant le sida ou qui ont été dépistées tardivement (au moment de la maladie).

Les régions les plus touchées en métropole demeurent l'Île de France et la région Provence Alpes Côte d'Azur, et dans les DOM -TOM la Guyane et la Guadeloupe.

Le nombre de personnes vivantes ayant développé un sida est estimé à 26 100 au 30 juin 2003.

*Les cas d'infection à VIH et de sida actuellement diagnostiqués concernent en premier lieu les hétérosexuels, principalement chez des personnes de nationalité d'un pays d'Afrique sub-saharienne. L'épidémie se maintient chez les hommes contaminés par rapports homosexuels qui représentent un groupe important parmi les nouveaux diagnostics d'infection à VIH et les cas de sida.*

### **La surveillance virologique : un dispositif couplé à la déclaration obligatoire**

Afin de compléter le système de déclaration obligatoire du VIH/sida, une surveillance virologique de l'infection à VIH a été mise en place de manière parallèle. Cette surveillance permet d'évaluer, parmi les nouveaux diagnostics d'infection à VIH, si la contamination est récente (moins de 6 mois) ou non à l'aide d'un « test d'infection récente ». Ce test est effectué par le Centre National de Référence du VIH (CNR) à Tours. Plus de 3000 échantillons ont été reçus par le CNR.

*Les premiers résultats de cette surveillance virologique ne seront pas disponibles avant 2004. Ces données sont essentielles car elles permettront, de caractériser les populations récemment infectées en France (notamment en termes d'âge, de sexe et de mode de contamination) afin de mieux orienter les campagnes de prévention.*

### **La surveillance de l'activité de dépistage dans les laboratoires d'analyses médicales**

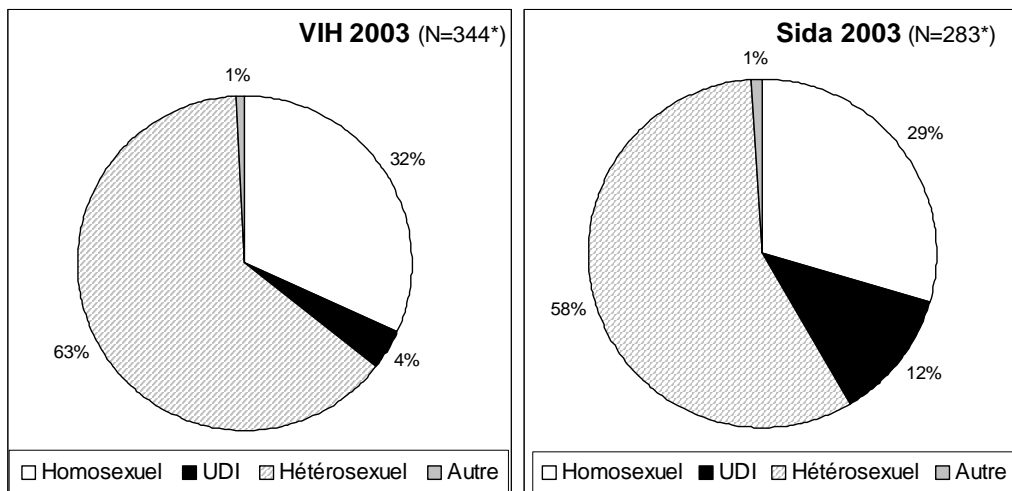
Cette surveillance a été mise en place en janvier 2001, elle s'adresse à l'ensemble des laboratoires de ville et hospitaliers. Leur taux de réponse était de 81% en 2001 et 78% en 2002. A partir de ces réponses, des estimations sont faites pour l'ensemble des laboratoires.

Le nombre de sérologies VIH réalisées par an est estimé à environ 4,3 millions en 2001 et 4,5 millions en 2002 (dont 7 sur 10 en laboratoire de ville). Le nombre de sérologies confirmées positives est estimé à environ 10 000 en 2001 et environ 10 200 en 2002 (dont 6 sur 10 à l'hôpital). Ce nombre de sérologies positives inclut des sérologies faites plusieurs fois pour la même personne. Le nombre de découvertes de séropositivité est estimé entre 4 500 et 5000 (6 sur 10 en ville).

L'activité de ces laboratoires inclut les sérologies prescrites dans le cadre d'une CDAG, qui représentent 6% des sérologies VIH réalisées en 2002 et 11 % des sérologies confirmées positives.

La proportion de femmes parmi les personnes ayant eu une sérologie VIH positive est élevée : 40% en 2001, 42% en 2002. L'âge médian des personnes ayant eu une sérologie VIH positive est plus élevé chez les hommes : 38 ans que chez les femmes : 32 ans, en 2001 comme en 2002.

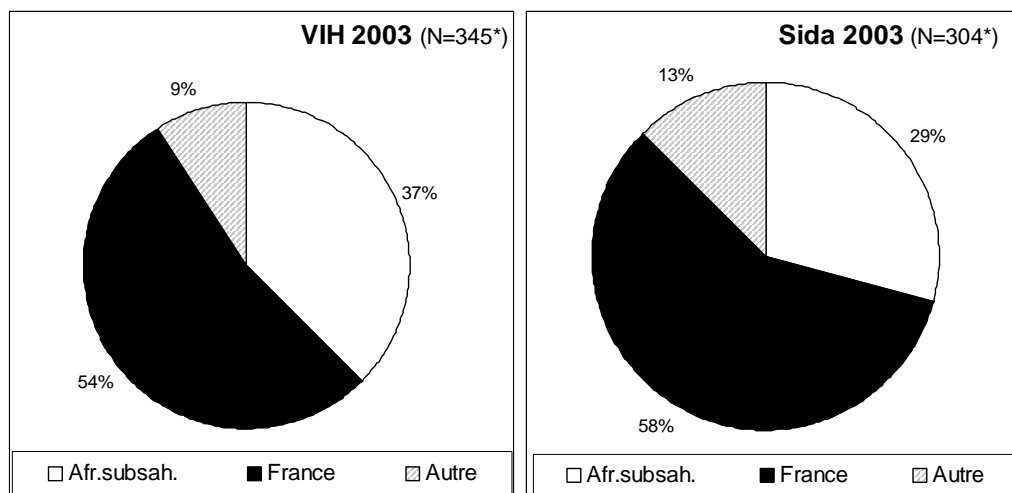
**Figure 1 :** Comparaison de la répartition par mode de contamination des cas de sida et des cas d'infection VIH diagnostiqués en 2003



(source : InVS, données au 30 juin 2003)

\* les cas pour lesquels le mode de contamination n'est pas documenté sont exclus

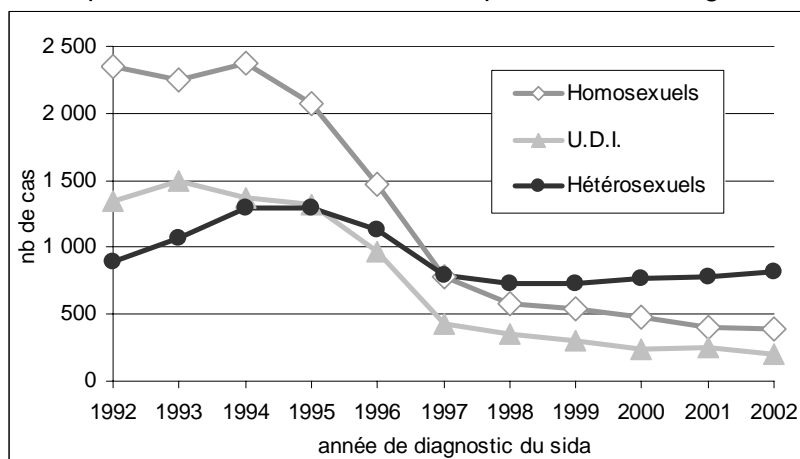
**Figure 2 :** Comparaison de la répartition par nationalité des cas de sida et des cas d'infection VIH diagnostiqués en 2003



(source : InVS, données au 30 juin 2003)

\* les cas pour lesquels la nationalité n'est pas documentée sont exclus

**Figure 3 :** Cas de sida par mode de contamination et par année de diagnostic



(source : InVS, données redressées au 30 juin 2003)

## **Baromètre Gay 2002 : les pratiques sexuelles à risque se maintiennent chez les homosexuels fréquentant les lieux de rencontre gays**

Baromètre Gay est une enquête comportementale réalisée auprès d'homosexuels masculins fréquentant les lieux de rencontre gays. Le Baromètre Gay a été réalisée pour la 1<sup>ère</sup> fois à Paris en 2000<sup>1</sup>, parallèlement à une autre enquête sur les comportements, l'Enquête Presse Gay<sup>2</sup> qui s'adresse depuis 1985 aux lecteurs de la presse homosexuelle. Le Baromètre Gay 2002 a été réalisée sur la France métropolitaine dans le cadre d'un partenariat entre l'Institut de Veille Sanitaire, le Syndicat National des Entreprises Gaies (SNEG) et l'association AIDES.

Le questionnaire du Baromètre Gay 2002 a été diffusé à partir de l'été 2002 dans l'ensemble des établissements commerciaux affiliés au SNEG (bars, saunas, backrooms, sexclubs), dans 91 lieux extérieurs de drague où interviennent les volontaires de AIDES et sur 2 sites de rencontre sur internet. Près de 9000 personnes ont répondu.

Les 8 719 hommes qui ont participé à cette enquête sont âgés en moyenne de 35 ans et résident pour un tiers d'entre eux en Ile de France. Si 60% des répondants entretiennent une relation stable, le multipartenariat est fréquent : dans les 12 derniers mois, 47% ont eu plus de 10 partenaires et 33% plus de 20.

La pénétration anale préservatif (au moins une fois dans les 12 derniers mois), indicateur de prise de risque, est déclarée par 35% des répondants lors des relations avec des partenaires occasionnels, dont le plus souvent (70%) ils ne connaissent pas le statut sérologique. Cette pratique varie avec l'âge, les jeunes homosexuels de moins de 25 ans déclarent 2 fois plus de pénétration anale sans préservatif que les hommes de plus de 45 ans. La pratique de pénétration anale non protégée avec un partenaire occasionnel est également plus fréquente chez ceux qui ont un nombre élevé de partenaires. En revanche, 72% des personnes séronégatives utilisent le préservatif lors des pénétrations anales avec leurs partenaires occasionnels.

Selon l'enquête, un homosexuel sur 4 ne connaît pas son statut sérologique vis à vis du VIH soit parce qu'il n'a jamais fait le test (10%) ,soit qu'il n'est plus encore certain d'être séronégatif (15%). Parmi les hommes testés, 12% se déclarent séropositifs, parmi lesquels près d'un sur 4 l'a découvert récemment (dans l'année). 8% des répondants déclarent avoir eu une infection sexuellement transmissible (gonococcie, syphilis) dans les 12 derniers mois.

Une proportion importante de ces hommes, qui s'auto-définissent comme homosexuels (83%), ont vécu des réactions d'homophobie : 25% ont été l'objet d'injures ou d'agressions physiques en raison de leur orientation sexuelle dans les 12 derniers mois.

*Cette étude confirme que la recrudescence des pratiques sexuelles à risque, déjà observée en 2000 chez les homosexuels, se maintient en 2002 dans cette population fréquentant les lieux de rencontre gays. Ce constat est préoccupant et les associations participantes réfléchissent à de nouvelles actions de prévention pour être plus efficace sur le terrain. C'est pourquoi, 60 000 "Réponses Flash" décrivant les principaux résultats de l'enquête seront diffusées à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2003 dans tous les établissements et lieux où le questionnaire du Baromètre Gay "Sondage Flash" a été distribué.*

---

<sup>1</sup>Adam P. Baromètre Gay 2000 : Résultats du premier sondage auprès des clients des établissements gays parisiens. BEH 2002 ;18 : 77-79.

<sup>2</sup> Adam P, Hauet E, Caron C. Recrudescence des prises de risque et des MST parmi les gays. Rapport InVS/ANRS/DGS, mai 2001.

## Epidémie de syphilis en France depuis 2000

La syphilis était une maladie à déclaration obligatoire très peu déclarée par les médecins et devenue très rare au cours des années quatre vingt dix. C'est pourquoi, en 2000, une modification du code de la santé publique a levé l'obligation de déclarer les maladies vénériennes.

Fin 2000, une résurgence de la syphilis a été observée<sup>1</sup> et a entraîné la mise en place d'un système de surveillance volontaire. Cette surveillance a débuté à Paris puis a été proposée aux vingt plus grandes villes de France. Associée à une surveillance clinique, des données comportementales sont recueillies sous forme d'un auto-questionnaire anonyme, proposé au patient et centré sur ses pratiques sexuelles, ses comportements préventifs et sur la personne source probable de l'infection.

Depuis 2000, le nombre de cas de syphilis a augmenté chaque année, surtout en Ile-de-France (de 30 cas en 2000 à 318 cas en 2002), mais aussi dans les autres régions (7 cas en 2000 à 99 cas en 2002) (Figure 1)<sup>2</sup>. La syphilis a touché principalement les hommes homosexuels (83%), dont la moitié étaient séropositifs pour le VIH et qui connaissaient leur séropositivité depuis 7 ans en moyenne.

La moitié des homosexuels atteints de syphilis ne savaient pas quelle était la personne source probable de la contamination. Lorsque cette personne était connue, la fellation non protégée était la pratique sexuelle la plus fréquemment citée.

En France métropolitaine, peu de cas ont concerné des hétérosexuels<sup>2</sup>. Par contre, en Guadeloupe, une épidémie de syphilis a été décrite en 2001 parmi les hétérosexuels en lien avec la précarité sociale et la consommation de crack<sup>4</sup>.

A Paris, en raison de l'augmentation rapide du nombre de cas, une campagne d'information et d'incitation au dépistage de la syphilis, ciblée sur la population homosexuelle, a eu lieu de mai à septembre 2002. Un dépistage anonyme et gratuit de la syphilis a été proposé aux consultants à risque dans toutes les consultations de dépistage anonyme et gratuit du VIH (CDAG). Cette campagne a eu un impact important<sup>3</sup> : le nombre de dépistages de la syphilis a augmenté dans les laboratoires d'analyses de biologie médicale et le nombre de prises en charge a aussi augmenté, comme l'indique à la fois le nombre de cas observé par le réseau de surveillance et la progression des ventes d'Extencilline<sup>R</sup>, traitement spécifique de la syphilis (Figure 2).

*Face à la résurgence de la syphilis en 2000, un système de surveillance a été mis en place au niveau national et une campagne d'incitation au dépistage a eu lieu à Paris. La surveillance de la syphilis a permis de noter que le risque de transmission existe lors de fellations non protégées. Pour limiter l'extension de l'épidémie, il est important que le diagnostic et le traitement précoce des épisodes symptomatiques, de même que la prise en charge des partenaires soient réalisés. Au cours de la campagne d'incitation au dépistage de la syphilis, la plupart des consultants des CDAG atteints de syphilis étaient asymptomatiques. Il est important de rappeler que la syphilis peut passer inaperçue.*

*En 2003, l'analyse provisoire des indicateurs de surveillance, par exemple les ventes d'Extencilline<sup>R</sup> est en faveur d'une persistance de la transmission de la syphilis.*

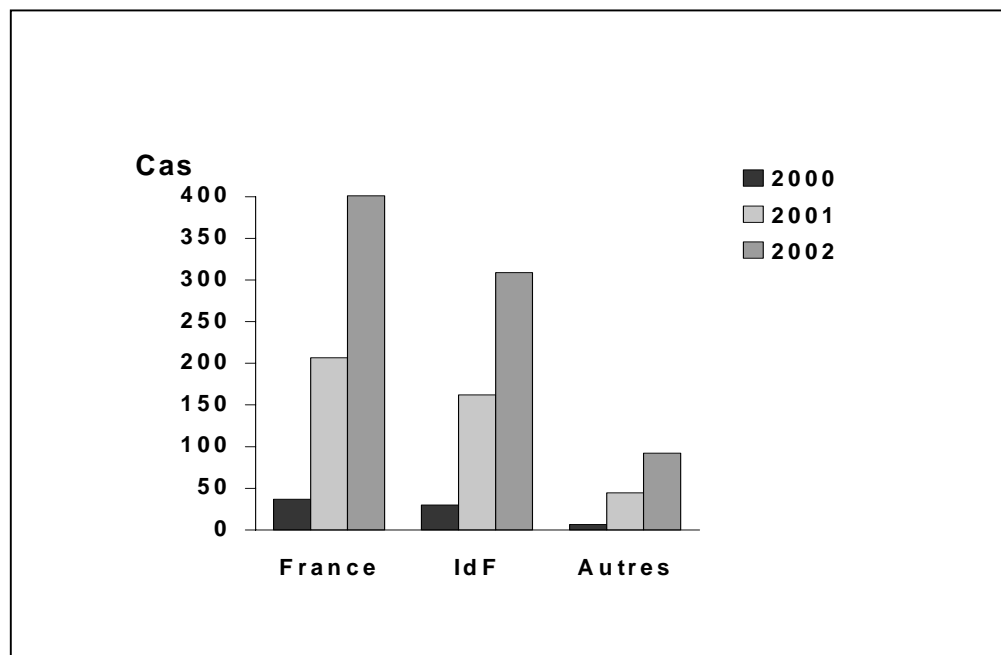
1. Couturier E., Dupin N., Janier M. et coll. Résurgence de la syphilis en France, 2000-2001. Bull Epid Hebdom 2001 ; 35-36 :167-175.

2. Surveillance de la syphilis en France, 2000-2002. <http://www.invs.sante.fr>

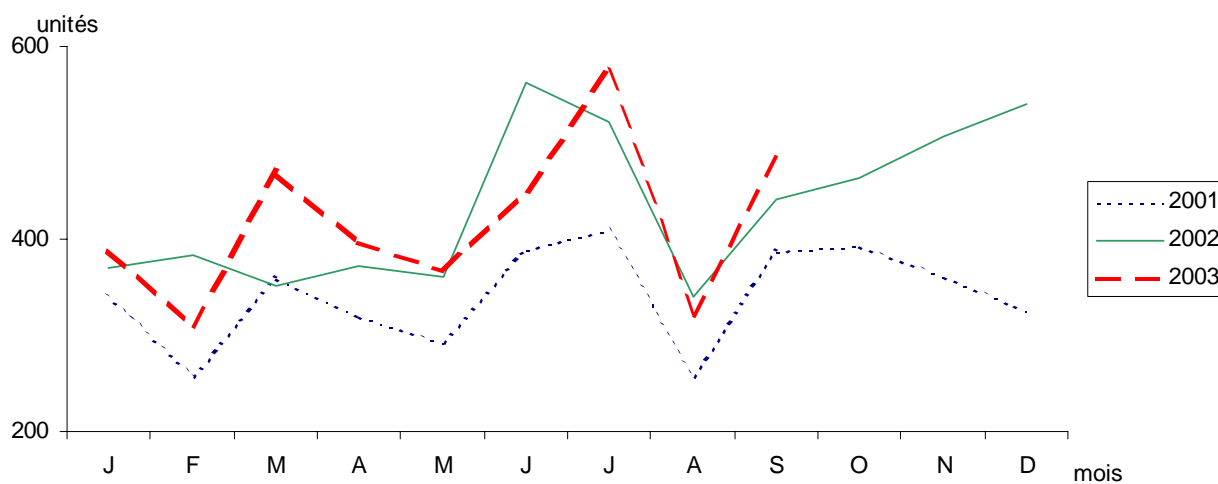
3. Couturier E., Michel A., Basse-Guérineau A-L et coll. Evaluation de l'action d'incitation au dépistage de la syphilis à Paris. <http://www.invs.sante.fr>

4. Muller Ph., Colombani F., Azi M. et coll. Epidémie de syphilis en Guadeloupe en 2001 : lien avec la précarité sociale et la consommation de crack. Bull Epid Hebdom 2002 ; 48:241-242.

**Figure 1.** Nombre de cas de syphilis par an, France métropolitaine, 2000-2002



**Figure 2.** Ventes mensuelles d'Extencilline<sup>R</sup> dans les pharmacies à Paris en 2001-2003





## **Tendances en matière de réduction des risques chez les usagers de drogues de 1996 à 2002 : résultats encourageants pour le VIH et préoccupants pour le VHC**

Mise en place depuis une quinzaine d'années, la politique de réduction des risques a pour objectif sanitaire principal d'enrayer la transmission du VIH, du VHC et du VHB chez les usagers de drogues (UD), notamment à travers l'accès aux seringues et aux traitements de substitution. En plus d'une diminution très importante de la mortalité par overdose, de récentes études témoignent du fort impact de cette politique sur la transmission du VIH. Menée sur Marseille en 2002, l'étude Coquelicot<sup>1</sup> montre ainsi qu'aucun des usagers de moins de 30 ans enquêté n'est séropositif pour le VIH<sup>2</sup> (fig.1). Cet argument très en faveur de la politique de réduction des risques est renforcé par les résultats d'une autre étude menée dans le Nord-Est de la France<sup>3</sup> qui observe l'absence de toute contamination par le VIH au sein d'un groupe d'usagers de drogues suivis de manière régulière pendant une année<sup>4</sup>.

Cependant, cette politique semble sans effet sur l'épidémie de VHC chez les usagers de drogues. En témoignent la survenue de 16 nouvelles contaminations au VHC dans l'étude sur le Nord-Est de la France citée plus haut, ainsi que l'importance des contaminations VHC mesurées dans l'étude Coquelicot : 73% sont positifs pour le VHC tous âges confondus, et plus préoccupant encore, 44% des jeunes usagers de moins de 30 ans sont déjà contaminés (fig. 1). A partir de ces résultats, on peut estimer que sur les 100 000 usagers de drogues injecteurs en France, 3000 seraient contaminés chaque année par le VHC, ce qui représente actuellement la grande majorité des nouvelles contaminations par le VHC.

Plusieurs faits viennent aggraver ce tableau inquiétant pour le VHC :

- L'étude Coquelicot montre qu'un tiers des UD se croient à tort séronégatifs pour le VHC : en déclaratif, la prévalence du VHC est de 51%, contre 73 % après analyse de sang prélevé au bout du doigt (fig.1).
- Dans l'étude Coquelicot, la majorité des usagers interrogés considère que la réutilisation de leur seringue ne présente aucun risque de contamination par le VHC alors que le risque existe bien dans le cadre de la consommation de drogues à plusieurs.

De manière plus générale, la diminution très importante des ventes de seringues en pharmacie enregistrée par le système SIAMOIS de l'InVS ( - 8 millions de 1999 à 2002) traduit certainement une diminution du nombre des injections, en partie liée aux traitements de substitution (fig.2). Cependant, rien n'exclut qu'elle témoigne aussi, dans une moindre mesure, d'une reprise du partage de la seringue chez les UD, risque majeur de contaminations par le VIH et le VHC.

*Dans cette perspective, favoriser l'accès aux seringues stériles et le non partage du petit matériel (notamment celui du coton) demeure une priorité pour diminuer le niveau de transmission du VIH et surtout du VHC. Un accent doit également être mis sur le dépistage et l'accès aux soins en intégrant notamment les réticences des usagers à faire ces démarches. Enfin, il est nécessaire de disposer d'éléments d'évaluation actualisée de la politique de réduction des risques VIH, VHC et VHB, l'étude Coquelicot sera conduite dès 2004 à 5 autres villes en plus de Marseille (Lille, Paris, Banlieue, Strasbourg, Bordeaux).*

---

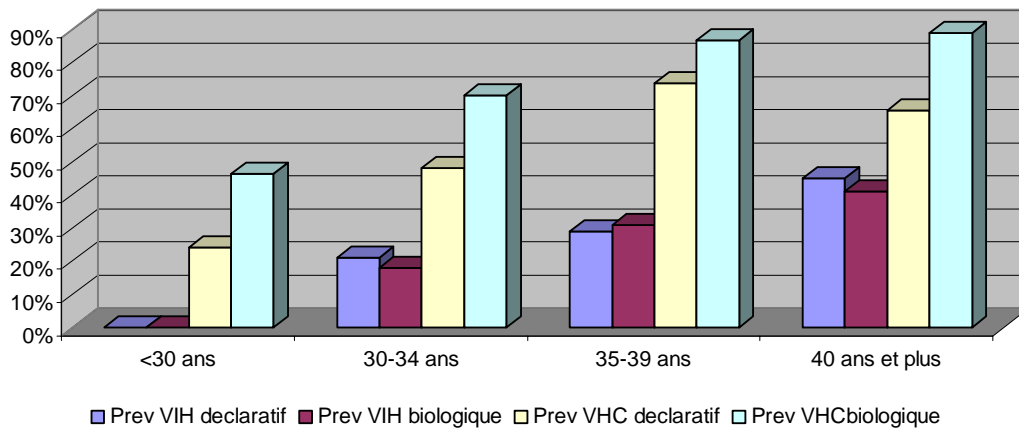
<sup>1</sup> Emmanuelli J, Jauffret Roustide M. Etude multicentrique, multisites sur les fréquences et les déterminants des pratiques à risque de transmission des VIH et VHC chez les usagers de drogues. (Etude Coquelicot). Phase de faisabilité. Rapport InVS, octobre 2003.

<sup>2</sup> Etude de faisabilité menée à Marseille en 2002 auprès d'un petit échantillon (166 UD).

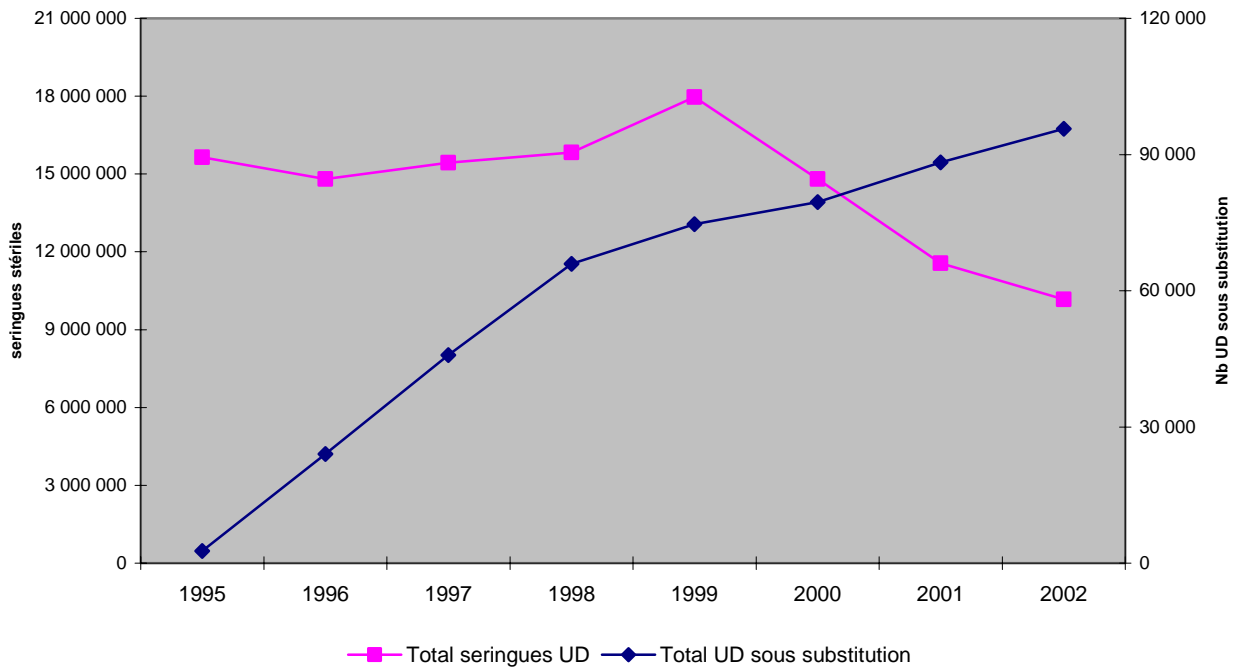
<sup>3</sup> Etude de l'incidence et des facteurs de risque de l'infection par le virus de l'hépatite C chez les toxicomanes injecteurs du Nord et de l'Est de la France. Rapport de fin d'étude. Janvier 2003.

<sup>4</sup> Etude menée auprès de 165 usagers de drogues séronégatifs pour le VHC et le VIH, suivi pendant un an entre 1999 et 2000.

**Fig. 1 : Prévalences du VIH et du VHC sur une base déclarative et ou sur un prélèvement biologique par tranche d'âge, Coquelicot 2002**



**Figure 2 : Evolution de l'accès aux seringues stériles et aux traitements de substitution chez les usagers de drogue en France entre 1995 et 2002**



## **Le programme européen de surveillance du VIH (EuroHIV<sup>1</sup>): une augmentation de la transmission sexuelle du VIH en Europe de l'Ouest**

A la fin 2002, un total cumulé de 165 454 cas d'infection à VIH ont été déclarés dans 18 pays de l'Europe de l'Ouest<sup>2</sup>. Ce nombre est sous-estimé notamment parce que les trois pays présentant l'épidémie de VIH/sida la plus importante ne possèdent pas encore de système national de déclaration du VIH (Espagne, Italie) ou n'ont mis en place la déclaration du VIH qu'en 2003 (France).

Parmi l'ensemble des 14 pays de l'Europe de l'Ouest où des données sont disponibles pour les six dernières années<sup>3</sup>, le nombre de nouveaux diagnostics d'infection à VIH a augmenté de 46% entre 1997 et 2002, passant de 8 021 cas déclarés à 11 683 cas. Cette augmentation a été particulièrement importante en Irlande (+234%), au Royaume-Uni (+111%), en Finlande (+83%) et en Norvège (+74%).

Le nombre de nouveaux diagnostics a diminué régulièrement chez les utilisateurs de drogues injectables (UDI) (-9% entre 1997 et 2002) alors que pendant la même période, il a augmenté de façon importante (+116%) chez les personnes contaminées lors d'un rapport hétérosexuel. Chez les homo/bisexuels masculins, les nouveaux diagnostics ont augmenté en 2002 (+22% comparé à 2001), après avoir diminué lentement entre 1997 et 2001 (figure 1).

L'augmentation observée chez les hétérosexuels est principalement due à une augmentation des cas diagnostiqués chez des personnes originaires de pays où l'épidémie est généralisée qui, dans plusieurs pays, contribuent pour la majorité des nouveaux diagnostics d'infections hétérosexuelles (en 2002-2003, Royaume-Uni: 81%, Belgique: 71%, Norvège: 65%).

En 2002, le taux de déclaration du VIH était globalement de 76 nouveaux diagnostics par million d'habitants, les taux les plus élevés étant observés au Portugal (255), en Suisse (105) au Royaume-Uni (101), en Belgique (95) et en Irlande (94); les taux étaient plus faibles dans les pays nordiques (Danemark: 54, Norvège: 45, Suède: 32, Finlande: 25), en Grèce (38) et en Allemagne (23) (Figure 2).

Suite à l'introduction et l'utilisation à grande échelle des associations d'antirétroviraux, l'incidence du sida et les décès parmi les cas de sida ont diminué rapidement au cours de la deuxième moitié des années 1990. Cependant après plusieurs années de diminution continue, l'incidence du sida a augmenté de 3% en 2002 (comparé à 2001) alors que le nombre de décès a continué de baisser (-8% par rapport à 2001). Un total cumulé de 255 085 cas de sida et 147 065 décès ont été déclarés à fin juin 2003; le nombre de personnes vivant avec le sida a continué d'augmenter et peut être estimé à 108 000 personnes.

Les tendances observées en 2002 semblent se confirmer en 2003.

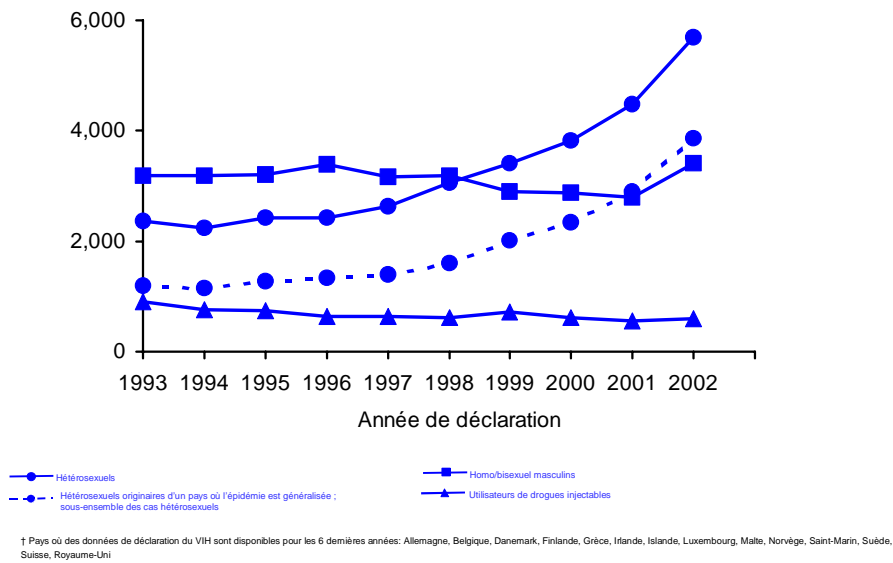
---

<sup>1</sup> EuroHIV reçoit un financement de la Commission Européenne (DG-SANCO)

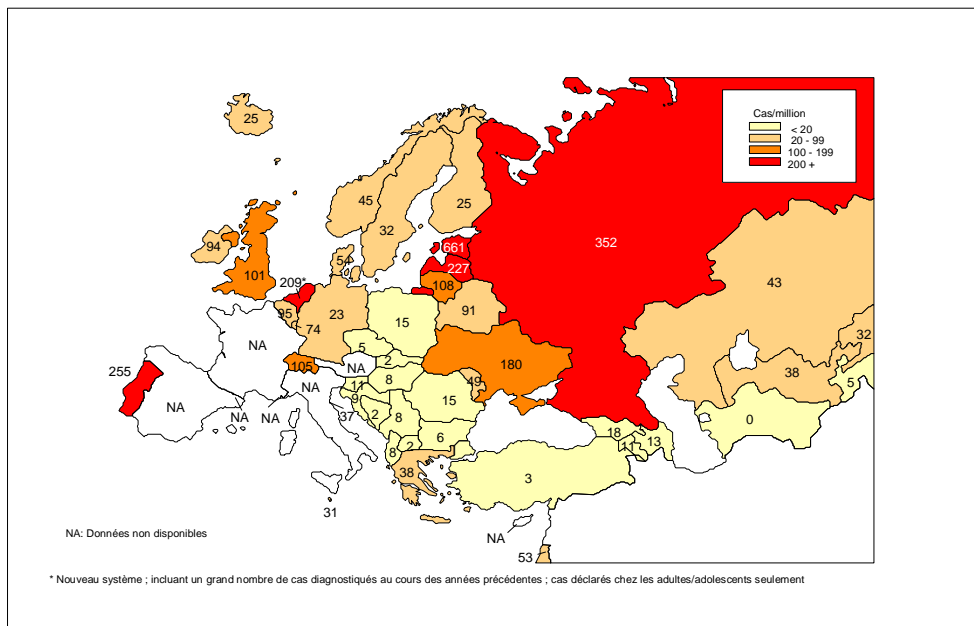
<sup>2</sup> Centre Européen pour la Surveillance du Sida. Surveillance du VIH/SIDA en Europe. Rapport du 1<sup>er</sup> semestre 2003. 2003; N°69.

<sup>3</sup> Allemagne, Belgique, Danemark, Finlande, Grèce, Irlande, Islande, Luxembourg, Malte, Norvège, Saint-Marin, Suède, Suisse, Royaume-Uni

**Figure 1. Infections à VIH nouvellement diagnostiquées par mode de contamination, Europe de l'Ouest†, données déclarées au 30 juin 2003**



**Figure 2. Infections à VIH nouvellement diagnostiquées, par million d'habitants, Région Europe de l'OMS, cas déclarés en 2002**



## Synthèse

Avec la déclaration obligatoire du VIH et du sida et la surveillance virologique qui permettra de caractériser les populations récemment contaminées, la France dispose en 2003 d'un système de surveillance plus efficace pour suivre la dynamique de l'épidémie. Les déclarants de ce nouveau dispositif ont joué leur rôle d'acteur de santé publique, en particulier les biologistes mais aussi les médecins généralistes qui ont déclaré près d'un tiers des infections à VIH diagnostiquées au 1<sup>er</sup> semestre 2003. Des données sur les infections à VIH diagnostiquées au premier semestre 2003 sont donc disponibles pour la première fois. Il s'agit cependant de données encore préliminaires.

Les rapports hétérosexuels représentent le principal mode de contamination parmi les cas de sida (58 %) et les nouveaux diagnostics d'infection à VIH (64%) en 2003. Parmi les personnes contaminées par rapports hétérosexuels, une sur deux est de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne. Le Royaume Uni et la Belgique connaissent une situation similaire à celle de la France puisqu'en 2002, plus de 70% des cas d'infection à VIH chez les hétérosexuels surviennent chez des personnes originaires d'une région où la prévalence du VIH est élevée. La prise en charge et le dépistage de ces populations d'Afrique subsaharienne, souvent en situation de précarité, doivent être renforcés. L'augmentation de ces populations parmi les cas de sida et les nouveaux diagnostics d'infection à VIH reflète la situation catastrophique que vit l'Afrique aujourd'hui face à l'épidémie du VIH.

L'infection à VIH et les Infections sexuellement transmissibles (IST), notamment la syphilis, restent un problème de santé important pour la population homosexuelle masculine. Les premières données pour 2003 montrent que près d'un nouveau diagnostic d'infection à VIH sur 3 survient chez un homme contaminé par rapports homosexuels. La surveillance de la syphilis montre que cette pathologie survient principalement chez des homosexuels. La recrudescence des pratiques sexuelles à risque, observée chez les homosexuels en 2000, semble se maintenir dans les populations qui fréquentent des lieux gays : selon Baromètre Gay 2002, près d'un tiers des homosexuels déclare au moins une pénétration anale sans préservatif dans les 12 derniers mois. Le dépistage du VIH et des IST doit être à nouveau encouragé dans cette population puisque près d'une personne sur 4 ne connaît pas son statut sérologique VIH et près d'un homosexuel sur 10 a présenté une IST dans les 12 derniers mois.

La diminution des cas de sida chez les usagers de drogues qui se poursuit depuis 1996 et la faible proportion des nouveaux diagnostics d'infection à VIH en 2003 confirment, une nouvelle fois, que la politique de réduction des risques a eu un impact positif sur la transmission du VIH. Cependant, la transmission du VHC se poursuit dans cette population, il faut donc rester très vigilant d'autant que la baisse des ventes de seringues, possible indicateur de comportement de partage de seringue, est observée depuis 1999 en France. Une vaste enquête, appelée « Coquelicot », sera conduite en 2004 par l'InVS dans 6 villes afin d'étudier les comportements à risque des usagers de drogues vis à vis du VIH et du VHC.

***Données disponibles sur le site de l'InVS, rubrique « Publications », « Infections par le VIH, le VHC et maladies sexuellement transmissibles » : <http://www.invs.sante.fr/publications/default.htm>***