

4 - Approches populationnelles : données épidémiologiques, profils sociodémographiques et comportements à risque

4.1 Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	82
4.1.1 Introduction	82
4.1.2 Prévalence du VIH, diagnostics de sida, découvertes de séropositivité au VIH et surveillance virologique chez les homosexuels masculins	82
4.1.3 Épidémiologie des IST chez les homosexuels depuis 2000	85
4.1.4 Prévalence des hépatites chez les homosexuels et co-infection des hépatites chez des homosexuels séropositifs	87
4.1.5 Accès au dépistage VIH	87
4.1.6 Évolution des profils et des comportements sexuels des homosexuels	88
4.1.7 Discussion/conclusion	91
Méthodologie	93
Références bibliographiques	94
4.2 Évolution des profils sociologiques et des comportements à risque des usagers de drogues	95
4.2.1 Introduction	95
4.2.2 Prévalences du VIH et du VHC chez les UD, découvertes de séropositivité au VIH, diagnostics de sida et comportements de dépistage	96
4.2.3 Évolution des profils et des comportements des UD	99
4.2.4 Discussion/conclusion	101
Méthodologie	102
Références bibliographiques	103
4.3 Les personnes de nationalité étrangère face au VIH/sida	104
4.3.1 Introduction	104
4.3.2 Résultats	105
4.3.3 Discussion/conclusion	111
Méthodologie	112
Références bibliographiques	112

4.1 - Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Rédigé par Annie Velter (a.velter@invs.sante.fr), Caroline Semaille et Alice Bouyssou-Michel

Les points clés

- Sur la période 2003-2005, 2 630 homosexuels ont découvert leur séropositivité, soit 23 % des découvertes de séropositivité ; près de la moitié d'entre eux se sont contaminés dans les six mois ayant précédé le diagnostic.
- Plus d'un homosexuel sur dix "se déclare" séropositif pour le VIH.
- Depuis 2000, une augmentation des comportements sexuels à risque est observée, particulièrement importante parmi les hommes séropositifs et ceux n'étant plus certains d'être encore séronégatifs.
- Ces comportements sexuels à risque se traduisent par une augmentation des infections sexuellement transmissibles, notamment de la syphilis et de la lymphogranulomatose vénérienne.
- En 2004, plusieurs cas d'hépatite aiguë C, liés à des pratiques sexuelles sanglantes, ont été signalés parmi des patients homosexuels séropositifs.

4.1.1. INTRODUCTION

Depuis 2000, une recrudescence des pratiques sexuelles à risque est observée chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) à travers les enquêtes de comportements dans la plupart des pays d'Europe de l'Ouest [1-5] et d'Amérique du Nord [6,7]. Parallèlement à ces observations, l'augmentation de plus de 50 % du nombre de découvertes de séropositivité au VIH chez les HSH entre 2001 et 2004 dans les pays d'Europe de l'Ouest [8], la résurgence de la syphilis depuis 2000 [9], puis l'émergence de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) rectale, depuis 2003 [10], dans la même région, viennent corroborer ce constat alarmant.

La situation épidémiologique de l'infection à VIH chez les HSH est donc préoccupante. L'ensemble des données disponibles (surveillance des infections sexuellement transmissibles (IST), notifications obligatoires du VIH/sida, enquêtes de comportements, pratique du dépistage, enquêtes hospitalières sur les HSH séropositifs) est nécessaire pour mieux comprendre la progression du VIH dans cette population, estimée à près de 300 000 personnes¹ [11], afin de mieux cibler les actions, renouveler les messages de prévention et identifier des pratiques à risque émergentes.

Ce chapitre met en perspective les données épidémiologiques disponibles jusque fin 2005 dans la population homosexuelle masculine en analysant les données des notifications obligatoires des cas de sida, de VIH, de la surveillance virologique et les données d'enquêtes comportementales issues des enquêtes Presse Gay (EPG)² et Baromètre Gay (BG), permettant de suivre l'évolution des comportements sexuels préventifs des homosexuels masculins.

Les définitions utilisées dans les deux dispositifs de surveillance épidémiologique et comportementale ne sont pas similaires. Ainsi, dans le cadre de la notification obligatoire, le mode de contamination par rapport homosexuel est établi par le clinicien réalisant le diagnostic. Dans les enquêtes comportementales, la notion d'homosexualité repose sur le fait de répondre de manière volontaire à un questionnaire destiné spécifiquement aux homosexuels masculins, que ce soit dans la presse identitaire (EPG) ou dans des lieux de rencontre communautaires (BG) et de s'autodéfinir en tant que tel.

4.1.2. PRÉVALENCE DU VIH, DIAGNOSTICS DE SIDA, DÉCOUVERTES DE SÉROPOSITIVITÉ AU VIH ET SURVEILLANCE VIROLOGIQUE CHEZ LES HOMOSEXUELS MASCULINS

4.1.2.1. Prévalence du VIH

La prévalence de l'infection à VIH chez les homosexuels est basée sur les déclarations des répondants homosexuels séropositifs participant

¹ L'enquête "Analyses des comportements sexuels en France" (ACSF/Inserm) réalisée en 1992 auprès de 20 000 Français a estimé le nombre d'homosexuels actifs sexuellement à 280 000 personnes.

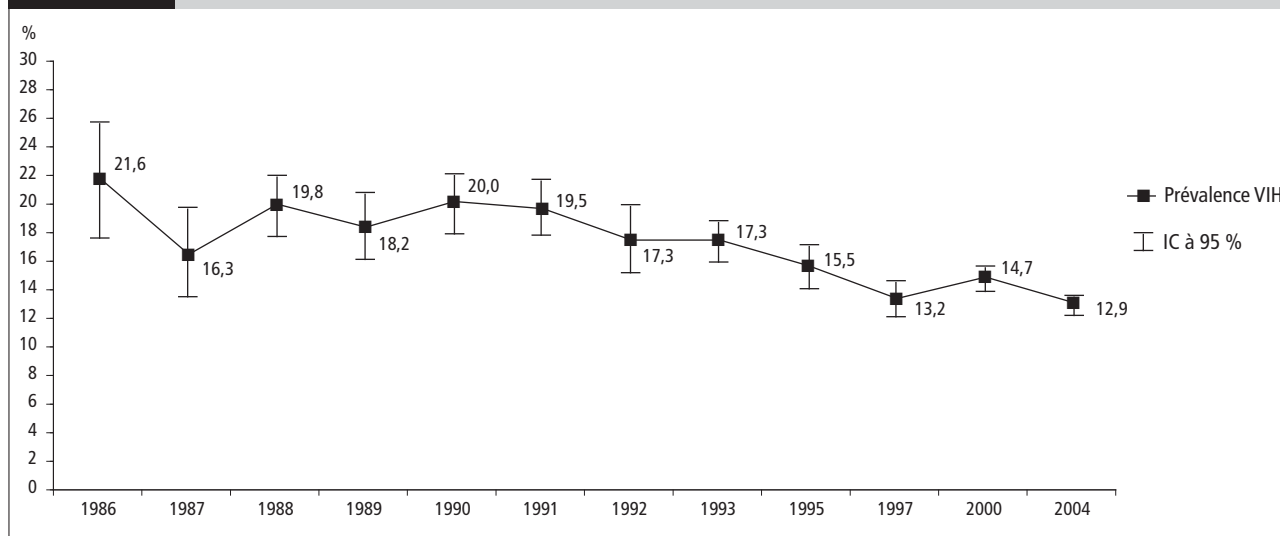
² Enquêtes recevant l'appui scientifique et financier de l'ANRS.

aux enquêtes comportementales réalisées auprès de cette population. Depuis 1986, la part des répondants de l'EPG déclarant être séropositifs a significativement diminué, passant de 22 % [IC95 % : 17,6-25,7] à 15 % en 1995 [14,0-17,0], puis à 13 % [11,8-13,9] en 2004 pour les

répondants de la presse uniquement (figure 1). La même tendance est constatée parmi les répondants de l'Île-de-France (IDF) du BG : alors que 17 % [14,9-18,4] déclaraient être séropositifs en 2000, ils étaient 14 % [12,7-15,5] à l'indiquer en 2005.

FIGURE 1

ÉVOLUTION DE LA PRÉVALENCE VIH DÉCLARÉE DES RÉPONDANTS DE L'ENQUÊTE PRESSE GAY



L'âge moyen auquel les répondants séropositifs de l'EPG ont eu connaissance de leur statut tend à augmenter. Cet âge s'élevait à 29 ans en moyenne en 1997 contre 32 ans en 2004. De même, alors qu'en 1997, ils étaient 24 % à avoir été diagnostiqués au moins dix ans avant la date de l'enquête, en 2004, la moitié est dans ce cas.

L'âge moyen des répondants séropositifs s'élève à 42 ans en 2004, il n'a cessé d'augmenter depuis 1997 (35 ans). La prévalence VIH déclarée parmi les répondants de l'EPG âgés de moins de 25 ans est très faible et baisse depuis 1997, passant de 2 % à 1 % en 2004 (les différences ne sont pas significatives du fait de la faiblesse des effectifs).

Les autres caractéristiques des répondants de l'EPG se déclarant séropositifs au VIH restent constantes dans le temps. Ils appartiennent pour la plupart à un milieu plutôt favorisé : 55 % ont suivi des études supérieures et plus du tiers sont cadres. Cependant, 15 % ont un salaire mensuel net inférieur à 1 000 euros de manière constante depuis 2000 et ils sont moins nombreux à indiquer exercer une activité professionnelle en 2004 (76 %) qu'en 1997 (83 %). Concernant plus spécifiquement la prise en charge thérapeutique des répondants

séropositifs, près des trois quarts (74 %) prennent un traitement anti-VIH : il s'agit alors principalement de trithérapies. Le fait de ne pas recevoir de traitement est majoritairement acté avec le médecin. La dernière charge virale des répondants séropositifs était en 2004, pour 64 % d'entre eux, indétectable.

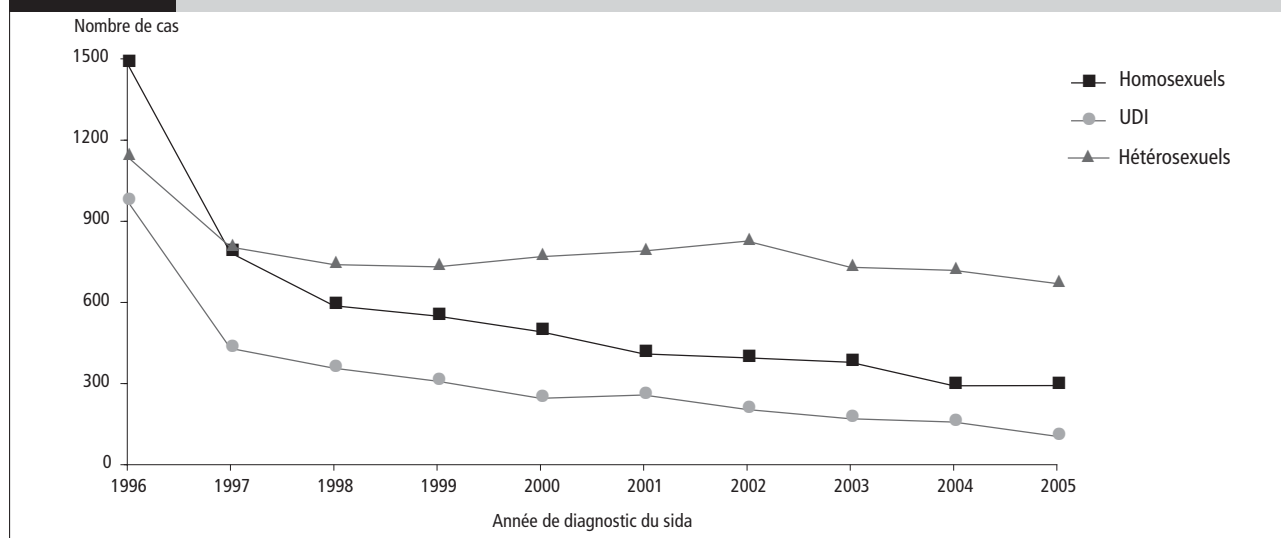
4.1.2.2. Évolution des cas de sida

Le nombre et la proportion des homosexuels parmi les cas de sida (notification obligatoire) ont largement diminué entre 1996 et 2005 : de 1 483 cas, soit 37 % de l'ensemble des cas de sida en 1996, à 293 cas, après redressement, en 2005, soit 23 %.

Les homosexuels découvrent plus rarement leur séropositivité au moment du diagnostic de sida et sont plus souvent traités par antirétroviraux avant le sida que les hétérosexuels. C'est la raison pour laquelle la diminution du nombre de cas de sida a été plus marquée pour les homosexuels (-30 % par an) que pour les hétérosexuels (-18 %) entre 1996 et 1998 et s'est poursuivie au-delà de 1998 pour les homosexuels (-7 % par an).

FIGURE 2

NOMBRE DE CAS DE SIDA PAR MODE DE CONTAMINATION ET ANNÉE DE DIAGNOSTIC (FRANCE, DONNÉES AU 31/03/2006 REDRESSÉES POUR LES DÉLAIS DE DÉCLARATION)



L'âge moyen des homosexuels au diagnostic de sida, qui était de 41 ans sur la période 1996-2001, est de 43 ans sur la période 2002-2005. Comme dans les enquêtes comportementales, au moment du diagnostic du sida, les homosexuels appartiennent à des catégories socioprofessionnelles plutôt favorisées. Toutefois, 13 % d'entre eux indiquent ne pas avoir d'emploi.

Entre 1996 et 2001, les patients homosexuels et hétérosexuels avaient le même risque de décès après le diagnostic de sida [12].

4.1.2.3. Découvertes de séropositivité et diagnostics de sida

Depuis la mise en place de la notification obligatoire en 2003, 2 630 séropositivités ont été découvertes et notifiées chez des hommes homosexuels en France, soit un pourcentage de 23 % (29 % si les modes de contamination "inconnus" sont exclus).

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité, la proportion d'homosexuels a significativement augmenté de 20 % au 1^{er} semestre 2003 à 29 % au 1^{er} semestre 2005. L'âge au diagnostic entre 2004 et 2005 est comparable. La proportion d'homosexuels au stade de primo-infection ou asymptomatique au moment de la découverte de séropositivité n'a pas évolué.

Les homosexuels découvrent en moyenne leur séropositivité à 39 ans. Les homosexuels âgés de 30 à 39 ans représentent près de la moitié des cas (42 %), alors que les moins de 20 ans représentent 1 %.

Parmi les hommes qui découvrent leur séropositivité sur la période 2003-2005, si on compare les caractéristiques des homosexuels (N=2 630) à ceux contaminés par rapports hétérosexuels (N=2 581), les homosexuels sont plus jeunes (37 ans vs 41 ans, $p < 10^{-4}$), sont plus souvent dépistés à la suite d'une exposition à un risque (32 % vs 19 %, $p < 10^{-4}$) et déclarent plus souvent un partenaire séropositif (10 % vs 5 %). La répartition des catégories socioprofessionnelles dans ces deux populations est globalement différente : moins d'ouvriers et plus de cadres ou de professions libérales chez les homosexuels. Par ailleurs,

au moment du diagnostic, les homosexuels sont plus souvent en activité que les hétérosexuels (67 % vs 44 %) et de nationalité française que les hétérosexuels (82 % vs 38 %).

Disparités régionales et nationalités

Les homosexuels qui ont découvert leur séropositivité ou leur sida en 2003-2005 résident principalement en IDF, (respectivement 42 % et 40 %) et, dans une moindre mesure, en région Midi-Pyrénées (4 %, 4 %), Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA, 6 %, 9 %), Rhône-Alpes (7 %, 9 %), Languedoc-Roussillon (3 %, 4 %), Aquitaine (5 %, 5 %). De même, les répondants de l'EPG, quelle que soit l'année de réalisation, habitent principalement l'IDF (45 % en 2004) et, dans une moindre mesure, la région PACA (9 %), puis Rhône-Alpes (7 %), Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon dans les mêmes proportions (6 %).

La grande majorité des homosexuels qui découvrent leur séropositivité (82 %) ou la pathologie sida (92 %) sont de nationalité française. Le nombre d'homosexuels de pays d'Afrique subsaharienne ou d'Afrique du Nord est très faible, que ce soit au moment de la découverte de la séropositivité ou au stade sida (2 % et 3 %). En revanche, les homosexuels de nationalité d'un pays du continent américain (principalement du Brésil) sont plus nombreux (4 % parmi les découvertes de séropositivité, 2 % parmi les cas de sida). La question de la nationalité des répondants dans les enquêtes comportementales n'a pas été évoquée jusqu'à présent ; seule la dernière édition du BG en 2005, réalisée uniquement sur l'IDF, aborde la notion de pays de naissance. Ainsi, parmi les répondants se déclarant séropositifs au VIH, 85 % indiquent être nés en France ; les autres hommes sont nés pour 8 % dans un pays d'Europe, 2 % dans un pays d'Amérique du Nord ou du Sud, 2 % dans un pays du Maghreb et 1 % dans un pays d'Afrique subsaharienne.

4.1.2.4. Les données de la surveillance virologique (2003-2005)

Les résultats du test d'infection récente réalisé lors de la découverte de la séropositivité sont disponibles pour 2 109 homosexuels³ et montrent que près de la moitié (45,0 % [42,9-47,3]) d'entre eux ont été infectés récemment, dans les 6 mois précédant le diagnostic.

³ Personnes notifiées pour le VIH qui n'ont pas refusé la surveillance virologique et pour lesquelles un buvard, sur lequel est réalisé le test d'infection récente, est disponible.

La proportion d'infections récentes chez les homosexuels est relativement stable entre 2003 et 2005 ($p = 0,04$), même si elle est plus élevée au 1^{er} semestre 2003 (56 %).

La proportion d'infections récentes est plus élevée chez les homosexuels qui résident en IDF (50 % vs 41 % pour les autres régions, $p < 10^{-4}$), alors qu'elle est plus faible en PACA (43 %), en Aquitaine (48 %) et dans la région Rhône-Alpes (37 %). Elle varie selon le motif de dépistage et la nationalité (Français 46 % vs tous les étrangers 40 %, $p = 0,02$). Elle diminue significativement avec l'âge : 57 % (moins de 30 ans), 47 % (30-39 ans), 39 % (40-49 ans) et 25 % pour les plus de 50 ans ($p < 10^{-4}$). La proportion d'infections récentes est plus élevée chez les homosexuels dont la notification obligatoire a été faite par un médecin de ville (54 %) que par un médecin hospitalier (41 %, $p < 10^{-4}$). Ce résultat semble indiquer, qu'après une exposition au VIH, les personnes consultent un médecin de ville avant d'avoir recours à un médecin hospitalier. La proportion d'infections récentes varie également en fonction des catégories socioprofessionnelles ($p = 0,005$) : elle est plus

élevée chez les employés (47 %), les cadres ou professions libérales (46 %) que chez les ouvriers (34 %).

Les données associées à l'infection récente en analyse univariée ont été incluses dans un modèle d'analyse multivariée. Les résultats de l'analyse sont présentés dans le tableau 1. Les facteurs liés à l'infection récente sont : l'âge (l'infection récente diminue avec l'âge, les homosexuels de moins de 30 ans ayant 3,8 fois plus de risque d'être détectés en infection récente que ceux de plus de 50 ans), la région (risque d'infection récente en IDF 1,4 fois plus élevé par rapport à l'ensemble des autres régions) et le type de médecin déclarant (les médecins de ville déclarent 1,6 fois plus d'infections récentes que les médecins hospitaliers). Dans une moindre mesure, le risque d'être détecté en infection récente est lié à la nationalité et au motif de dépistage. En revanche, la proportion d'infections récentes ne varie pas significativement selon la catégorie socioprofessionnelle et l'année de diagnostic.

TABLEAU 1	FACTEURS ASSOCIÉS À L'INFECTION RÉCENTE, RÉSULTATS DE L'ANALYSE MULTIVARIÉE RÉALISÉE SUR 2 109 SUJETS HOMOSEXUELS MASCULINS, DONNÉES AU 31/12/2005							
		Nombre total	Analyse univariée			Analyse multivariée		
			OR	[IC95 %]	p	ORa	[IC95 %]	p
Âge au moment du diagnostic								
15-29 ans	493	3,92	[2,78-5,52]	<10 ⁻⁴	3,81	[2,69-5,40]	<10 ⁻⁴	
30-39 ans	889	2,64	[1,91-3,63]		2,46	[1,77-3,40]		
40-49 ans	488	1,95	[1,38-2,75]		1,84	[1,30-2,61]		
≥50 ans	239	1			1			
Nationalité								
Homosexuels français	1 721	1		0,02	1		0,007	
Homosexuels étrangers	388	0,77	[0,62-0,97]		0,72	[0,57-0,91]		
Motif de dépistage								
Présence de signes cliniques ou biologiques	741	1		< 10 ⁻⁴	1		0,0004	
Exposition au VIH	760	1,16	[0,94-1,43]		0,97	[0,78-1,20]		
Autres : bilan systématique, motif du test non renseigné	668	0,73	[0,59-0,90]		0,66	[0,53-0,83]		
Région de résidence								
Hors Île-de-France	1 164	1		< 10 ⁻⁴	1		0,0002	
Île-de-France	945	1,47	[1,23-1,74]		1,41	[1,18-1,69]		
Type de déclarant								
Médecins hospitaliers	1 477	1		< 10 ⁻⁴	1		< 10 ⁻⁴	
Médecins de ville	632	1,65	[1,37-2,0]		1,57	[1,29-1,91]		

4.1.2.5. Quels sont les virus qui infectent les homosexuels ?

La surveillance virologique a permis d'identifier trois infections à VIH-2 chez des homosexuels, dont un Français et deux hommes d'Amérique Latine (Pérou et Colombie). Les homosexuels sont infectés majoritairement par le virus VIH-1 de sous-type B (86 %), mais la proportion d'homosexuels infectés par des sous-types non-B n'est pas négligeable (14 %) ; par ailleurs, plus d'un tiers de ces infections à sous-types non-B correspondent à des contaminations récentes.

4.1.3. ÉPIDÉMIOLOGIE DES IST CHEZ LES HOMOSEXUELS DEPUIS 2000

Les enquêtes comportementales permettent d'appréhender la proportion de répondants ayant eu des IST au cours de la vie et dans les 12 derniers mois. Parmi les répondants de l'EPG 2004, 40 % indiquent avoir eu une IST au cours de leur vie et 10 % dans les 12 derniers mois ; ces proportions, globales, sont similaires depuis 1997. Quant aux répondants du BG 2005, ils sont proportionnellement plus nombreux à déclarer une IST, que ce soit au cours de leur vie (46 %) ou dans les 12 derniers mois (12 %) ; une tendance à la hausse est constatée sans que les différences soient significatives.

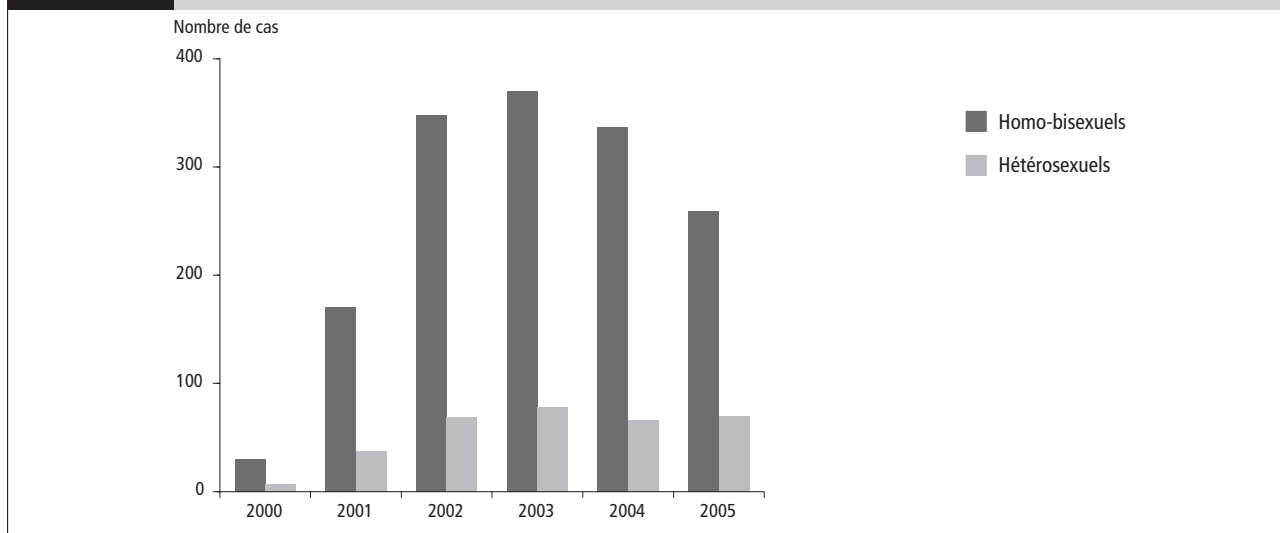
4.1.3.1. La syphilis parmi les homosexuels⁴

Depuis la mise en place du système de surveillance de la syphilis en 2000, plus de 1 500 cas de syphilis (80 %) concernent des homosexuels

ou bisexuels masculins ; leur part est encore plus élevée en IDF (87 %). Une diminution du nombre de syphilis chez les homosexuels est observée en 2005 en IDF (-39 % entre 2004 et 2005), mais pas dans les autres régions.

FIGURE 3

NOMBRE DE CAS DE SYPHILIS CHEZ LES HOMO-BISEXUELS MASCULINS ET LES HÉTÉROSEXUELS, ENTRE 2000 ET 2005, RÉSEAU DE SURVEILLANCE SYPHILIS, FRANCE



La co-infection syphilis/VIH est fréquente, puisque près de la moitié des HSH qui présentent une syphilis sont séropositifs ; cette proportion a diminué entre 2000 et 2005, passant de 60 % à 43 %. Par contre, la proportion non négligeable d'homosexuels qui découvrent leur séropositivité au moment du diagnostic de la syphilis (7 %) est stable. La récurrence de la syphilis est fréquente : parmi les homosexuels qui ont présenté une syphilis, près d'un sur cinq a un antécédent de syphilis. Pour ceux qui ont présenté deux épisodes de syphilis entre 2000 et 2004, le délai médian de recontamination était de 16 mois. Les sujets qui ont présenté au moins deux syphilis sont plus souvent séropositifs. Les homosexuels qui présentent une syphilis ont 37 ans en moyenne et déclarent une médiane de dix partenaires au cours des 12 derniers mois. Ils déclarent utiliser systématiquement le préservatif pour 50 % d'entre eux lors des pénétrations anales et quasiment pas pour les fellations (2 %).

D'autre part, les données recueillies par les enquêtes comportementales indiquent les mêmes tendances et caractéristiques que celles observées dans le réseau. La prévalence déclarée de la syphilis au cours des 12 derniers mois par les répondants de l'EPG 2004 s'élève à 2 % ; elle a augmenté depuis 1997 (tableau 2). De même, les prévalences déclarées par les répondants du BG sont plus importantes et ce, pour les trois éditions : en 2000, ils étaient 1 % à avoir eu une syphilis dans l'année contre 4 % en 2002 et en 2005 (tableau 2). Les antécédents de syphilis dans l'année, quelles que soient l'enquête et la date de sa réalisation, sont plus importants parmi les répondants séropositifs au VIH (8 % pour l'EPG 2004, 13 % pour BG 2005). Ainsi, la probabilité pour les répondants de l'EPG 2004 d'avoir eu une syphilis au cours de

l'année est multipliée par quatre pour ceux qui sont séropositifs au VIH, par cinq pour ceux qui ont eu plus de dix partenaires dans les 12 derniers mois et par 1,5 pour ceux fréquentant régulièrement les sites de rencontre sur Internet.

4.1.3.2. Les autres IST⁴

Les données rapportées par le système de surveillance indiquent que la LGV⁵ concerne exclusivement des hommes homosexuels (N=244), âgés de 39 ans en moyenne, dont plus de 80 % sont également séropositifs [10]. La quasi-totalité des cas a été diagnostiquée en IDF (95 %). L'émergence de cette IST étant récente, seul BG 2005 y fait référence. La proportion de répondants déclarant avoir eu une LGV au cours des 12 derniers mois est faible, de l'ordre de 1 % (N=25). L'âge moyen des hommes concernés est de 33 ans, 3 % des répondants séropositifs au VIH déclarent avoir eu une LGV dans l'année contre 0,8 % parmi ceux qui sont séronégatifs ($p < 10^{-4}$).

Le nombre de gonococcies a augmenté entre 2002 et 2004 dans le réseau de surveillance Renago [13] de manière importante chez les hommes (croissance de plus de 45 %). En revanche, les données des enquêtes comportementales divergent par rapport aux données de surveillance. Ainsi, après une augmentation entre 1997 et 2000 de la proportion des répondants de l'EPG indiquant avoir eu au cours des 12 derniers mois une ou des gonococcies (2 % à 4 %), une baisse est constatée en 2004 (tableau 2). La même tendance est observée pour les répondants du BG : 10 % en 2000, 7 % en 2002 et 7 % en 2005 (tableau 2).

⁴ Cf. chapitre 3 pour plus de détails.

⁵ Données de surveillance au 31 décembre 2005.

TABLEAU 2

PRÉVALENCES DÉCLARÉES DES RÉPONDANTS, POURCENTAGES ET INTERVALLES DE CONFIANCE [95 %], PAR ENQUÊTE COMPORTEMENTALE ET PAR ANNÉE

	Enquête Presse Gay (%)			Baromètre Gay ^a (%)		
	1997	2000	2004 ^b	2000	2002	2005
VIH ^c	13,2 [12,0-14,5]	14,7 [13,6-15,8]	12,9 [11,8-13,9]	16,6 [14,9-18,4]	16,2 [14,8-17,7]	14,1 [12,7-15,5]
Syphilis ^d (12 mois)	0,1 [0-0,2]	0,9 [0,7-1,2]	1,8 [1,4-2,2]	0,1 [0,6-1,4]	3,6 [2,9-4,3]	4,3 [3,5-5,1]
Gonococcie ^d (12 mois)	2,2 [1,7-2,8]	4,0 [3,8-4,5]	3,2 [2,7-3,7]	10,4 [9,0-11,7]	7,5 [6,5-8,4]	7,1 [6,0-8,1]
Hépatite A	-	12,8 [11,8-13,8]	11,6 [10,7-12,4]			
Hépatite B	11,7 [10,6-12,8]	11,6 [10,6-12,5]	9,6 [8,7-10,4]			
Hépatite C ^e	-	5,4 [4,3-6,4]	2,8 [2,1-3,4]			

^a Établissements franciliens uniquement.^b Presse uniquement.^c Parmi les répondants testés.^d Parmi les répondants.^e Parmi les répondants testés et connaissant leur résultat.

4.1.4. PRÉVALENCE DES HÉPATITES CHEZ LES HOMOSEXUELS ET CO-INFECTION DES HÉPATITES CHEZ DES HOMOSEXUELS SÉROPOSITIFS

Les enquêtes comportementales permettent de disposer des prévalences déclarées des hépatites A, B et C à partir des réponses apportées aux EPG depuis 1997 (tableau 2). En 2004, la proportion de répondants ayant déclaré une hépatite A au cours de leur vie est de 12 % (13 % en 2000). La proportion d'hommes ayant déclaré une hépatite B au cours de leur vie en 2004 s'élève à 10 % (12 % en 2000 et 1997). La même tendance à la baisse est constatée quant à la proportion d'hommes ayant un résultat positif au dépistage de l'hépatite C. En 2000, elle était de l'ordre de 5 % contre 3 % en 2004. En 2004, le fait d'avoir déclaré un résultat positif au dépistage de l'hépatite C au cours de la vie était multiplié par quatre pour les répondants séropositifs pour le VIH (ORa=3,90, IC95 % : 2,25-6,80), par deux pour ceux âgés de 35 ans ou plus (ORa=2,04, IC95 % : 1,08-3,84) et par deux également pour les consommateurs d'héroïne ou de cocaïne au cours des 12 derniers mois (ORa=2,28, IC95 % : 1,19-4,36).

L'enquête de prévalence des hépatites B et C réalisée en 2004, en France métropolitaine, auprès de la population générale adulte, indique que les personnes se définissant homosexuelles sont 29 % [15,6-48,3] à avoir eu un contact antérieur avec le virus de l'hépatite B et 0,4 % [0,1-2,6] à être séropositives anti-VHC [14]⁶.

L'enquête nationale hospitalière conduite en 2004 sur la prévalence des infections par les virus des hépatites B et C dans la population atteinte par le VIH (3 114 homosexuels) [15] a montré que la prévalence du VHC chez les homosexuels est estimée à 3 % [2,0-4,7], prévalence qui est plus faible que pour les autres modes de transmission (chez les hétérosexuels séropositifs, la prévalence du VHC est de 9 %). La prévalence du VHB chez les homosexuels est de 9 % [7,1-11,8] ; d'autre

part, 22 % des homosexuels séropositifs [17,6-26,3] seraient vaccinés contre le VHB (dont seulement près de la moitié aurait reçu trois injections)⁶.

Une étude rétrospective, réalisée auprès de trois services parisiens, a permis de recenser 29 cas d'hépatite aiguë C, majoritairement de génotype 4, survenus entre 2001 et 2004 chez des homosexuels [16]. Ces hommes, âgés de 40 ans en moyenne au moment du diagnostic d'hépatite C, étaient le plus souvent asymptomatiques pour l'infection à VIH et rapportaient des pénétrations anales non protégées, parfois traumatiques ou sanglantes, avec des partenaires sexuels multiples. Près de la moitié d'entre eux décrivait la survenue d'une IST concomitante à l'hépatite C. Aucun des facteurs de risque de transmission du VHC (usage de drogue, gestes invasifs...) n'a été retrouvé⁶.

4.1.5. ACCÈS AU DÉPISTAGE VIH

Le recours au test de dépistage VIH au cours de la vie est majoritaire parmi les répondants des enquêtes comportementales, que ce soit pour l'EPG (86 % en 2004) ou le BG (93 % en 2005). Le recours au dépistage est stable au cours des différentes éditions de l'EPG (87 % en 1997 et 2000) et du BG (91 % en 2000 et 92 % en 2002). De la même manière, pour les deux enquêtes, plus de la moitié des répondants ayant eu recours à un test de dépistage VIH dans leur vie, ont réalisé leur dernier test au cours des 12 derniers mois : 56 % pour les répondants de l'EPG 2004 et 55 % pour les répondants du BG 2005. La proportion de répondants du BG ayant réalisé leur dernier test dans l'année a progressé significativement depuis 2000 (49 %), alors qu'elle est stable pour ceux de l'EPG. En 2004, le nombre moyen de tests VIH effectués lors des deux dernières années, parmi les répondants de l'EPG, est de 2,8 [1-30] et près d'un tiers (30 %) de ces répondants testés ont réalisé trois tests et plus au cours des deux dernières années. Les principaux motifs évoqués par les répondants quant à la réalisation de leur dernier test VIH sont la vérification régulière de leur sérologie (46 %), ne plus protéger leurs rapports sexuels avec leur partenaire stable (24 %), la

⁶ Cf. chapitre 1.4.

prise de risque au cours de rapports sexuels (21 %) ou encore des problèmes de santé (21 %).

Dans l'enquête réalisée en 2004 auprès des Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) [17] sur le profil des consultants, 13 % des hommes ayant rempli le questionnaire indiquent avoir des pratiques sexuelles avec des hommes. Leur âge médian s'élève à 32 ans. Ils indiquent majoritairement avoir déjà fait un test de dépistage VIH au cours de leur vie (80 %). Au moment de leur interrogatoire, ils déclarent avoir effectué dans les deux dernières années, en moyenne deux tests. Le délai moyen depuis leur dernier test est de 13 mois et ils sont 64 % à avoir fait leur dernier test au cours des 12 derniers mois.

Dans les données de la notification obligatoire du VIH, au moment de la découverte de la séropositivité, les deux principaux motifs de dépistage chez les homosexuels sont la présence de signes cliniques ou biologiques (33 %), signes qui peuvent être liés à une primo-infection, et la notion d'une exposition au VIH (32 %). Près d'un homosexuel sur cinq découvre sa séropositivité au moment d'une primo-infection : cette proportion élevée de diagnostics à ce stade suggère un recours précoce au dépistage chez les homosexuels exposés au risque d'infection. Cette proportion est plus élevée parmi les homosexuels de moins de 40 ans (21 % contre 15 % chez les 40 ans et plus). Cependant, une part non négligeable (14 %) des homosexuels découvre leur séropositivité tardivement, au stade sida ; cette proportion augmente avec l'âge : de 2 % chez les moins de 30 ans, elle atteint 33 % chez les 50 ans et plus.

4.1.6. ÉVOLUTION DES PROFILS ET DES COMPORTEMENTS SEXUELS DES HOMOSEXUELS

4.1.6.1. Caractéristiques sociodémographiques : un profil similaire quel que soit le dispositif d'enquête et stable dans le temps

Les hommes répondant aux enquêtes comportementales ont un profil sociodémographique similaire et constant au cours des éditions. L'âge moyen des répondants est de 37 ans pour l'EPG et 36 ans pour le BG. Un vieillissement des répondants est constaté depuis 1997 pour l'EPG : l'âge moyen s'élevait à 32 ans en 1997 et à 35 ans en 2000. Outre le fait que la part des moins de 25 ans participant à l'enquête n'augmente pas, celle des 25-29 ans tend à diminuer (20 % en 2000 vs 14 % en 2004) alors que le poids des 45 ans et plus augmente (15 % en 2000 vs 23 % en 2004). Le même vieillissement est constaté concernant les répondants du BG. Alors que l'âge moyen des répondants en 2000 était de 34 ans, il est de 36 ans en 2005. Les répondants appartiennent à un milieu plutôt favorisé de par leur niveau d'études : plus de 60 % ont suivi des études supérieures quel que soit le dispositif d'enquête. Ils sont très majoritairement (85 %) salariés dans les deux enquêtes. Ils s'identifient largement comme homosexuels (plus de 85 %). Si la majorité des répondants du BG réside en IDF (85 %), cette enquête s'étant déroulée uniquement dans cette région en 2005, ils ne sont que 35 % pour l'EPG réalisée en 2004.

4.1.6.2. Style de vie

Parmi les répondants de l'EPG 2004, les deux tiers ont un partenaire masculin stable dans les 12 derniers mois. Cette proportion est plus importante que celle des répondants du BG (67 %). Alors qu'il n'est pas constaté de différence entre les éditions du BG, la proportion de répondants de l'EPG ayant une relation stable a baissé depuis 1997 (75 %). Lorsque les répondants de l'EPG indiquent avoir une relation stable, celle-ci est pour moins d'un tiers d'entre eux, exclusive⁷. Cette exclusivité tend à augmenter depuis 1997 (31 % en 2004, 29 % en 2000 et 24 % en 1997). Avoir un partenaire stable ne signifie pas pour autant vivre en couple : c'est le cas de la moitié (52 %) des répondants ayant un partenaire stable. Par ailleurs, 17 % sont pacsés. Moins d'un tiers (30 %) des répondants vivant en couple avec leur partenaire stable sont pacsés, alors que la majorité des couples pacsés vivent ensemble (96 %).

Le nombre de partenaires occasionnels au cours des 12 derniers mois, déclaré par les hommes participant aux enquêtes comportementales, est important. Pour les répondants de l'EPG 2004, le nombre moyen des partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois est de 21 hommes. Proportionnellement, les répondants du BG sont encore plus enclins à avoir un nombre important de partenaires sexuels : 64 % ont plus de dix partenaires contre 36 % pour les répondants de l'EPG. Le nombre de partenaires sexuels reste stable au cours du temps, quelle que soit l'enquête. La proportion de répondants séropositifs de l'EPG indiquant avoir eu plus de dix partenaires au cours des 12 derniers mois est plus importante (58 % en 2004).

Les lieux de sociabilité gay (les bars, les discothèques, les saunas et backrooms), sont fréquentés par l'ensemble des répondants des enquêtes comportementales (95 % EPG 2004, 99 % BG 2005). Cependant, l'émergence d'Internet comme mode de rencontre est incontestable : 57 % pour l'EPG et 60 % pour le BG. Parallèlement, une désaffection des lieux commerciaux, tels que les bars ou discothèques, sans backrooms, est constatée aussi bien dans l'EPG (la fréquentation de ces établissements passe de 43 % en 1997 à 32 % en 2004) que dans le BG (de 90 % en 2000 à 85 % en 2005) ; ce qui n'est pas le cas pour les lieux où les échanges sexuels sont possibles (saunas, backrooms, lieux extérieurs de drague). Les sites fréquentés diffèrent selon l'âge. Les répondants âgés de 25 ans et moins surfent plus souvent de façon régulière que leurs aînés sur les sites de rencontre Internet (47 % vs 33 %, $p < 10^{-4}$), alors qu'ils fréquentent moins souvent les saunas (61 % vs 71 %, $p < 10^{-4}$) ou les backrooms (44 % vs 63 %, $p < 10^{-4}$).

La consommation de produits psychoactifs au cours des 12 derniers mois des répondants des enquêtes comportementales est importante : plus de la moitié d'entre eux est concernée (50 % pour l'EPG 2004 et 58 % pour le BG 2005). Il s'agit principalement de poppers, puis du cannabis, plus rarement de cocaïne ou d'ecstasy (tableau 3). La consommation d'héroïne est marginale, comme celle du crystal relevée pour la première fois par le BG 2005. Les niveaux de consommation selon les enquêtes diffèrent. Mais, pour chacun des produits, la consommation est plutôt occasionnelle. En termes de tendance, globalement, les niveaux de consommation du cannabis et de la cocaïne semblent augmenter entre les éditions 1997 et 2004 de l'EPG.

⁷ C'est-à-dire que le répondant n'a pas d'autre partenaire sexuel que le partenaire qu'il a désigné comme stable.

TABLEAU 3

PROPORTION DE RÉPONDANTS AYANT CONSOMMÉ DES PRODUITS PSYCHOACTIFS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, PAR ENQUÊTE COMPORTEMENTALE ET PAR ANNÉE

	Enquête Presse Gay (%)		Baromètre Gay (%)
	1997	2004 ^a	2005
Au moins un produit psychoactif	47	47	58
Poppers	37	35	47
Cannabis	25	27	30
Ecstasy et amphétamines	8	8	14
Cocaïne	4	8	16
Héroïne	1	1	-
Hallucinogènes (LSD, Kétamine, GHB ^b)	2	3	7
Crystal	-	-	2

^a Presse uniquement.^b Gamma hydroxybutyrate de sodium.

4.1.6.3. Comportements sexuels à risque

Des prises de risques importantes et en augmentation

Les résultats des enquêtes comportementales EPG et BG indiquent une augmentation régulière et importante des comportements à risque, que ce soit avec le partenaire stable ou les partenaires occasionnels (figure 4).

Parmi les répondants de l'EPG 2004, la part des rapports anaux non protégés avec le partenaire stable est importante (69 %) et ne cesse d'augmenter depuis 1997 (57 % en 1997, 60 % en 2000). Cette tendance est également observée dans le BG : alors qu'en 2000, 44 % des répondants ayant un partenaire stable avaient des rapports anaux non protégés avec celui-ci, ils sont 59 % en 2005.

Avec les partenaires occasionnels, dans l'EPG, la part des répondants ayant eu au moins une pénétration anale non protégée au cours des 12 derniers mois est de 19 % en 1997, 26 % en 2000, pour atteindre 33 % en 2004⁸, soit une augmentation de près de 70 % entre 1997 et 2004. L'augmentation est observée quel que soit le statut sérologique

VIH des répondants. Elle est particulièrement importante parmi les répondants séropositifs, la proportion de pénétrations anales non protégées passant de 28 % en 1997 à 49 % en 2004 (figure 5).

Les éditions du BG⁹ indiquent également une progression des comportements sexuels à risque entre 2000 et 2002 : 33 % ont eu des rapports anaux non protégés avec leurs partenaires occasionnels en 2000 et 37 % en 2002 (figure 5). Les derniers résultats de 2005 indiquent une stabilisation de ces comportements à risque à 36 %. Cependant, si parmi les séronégatifs ces comportements se stabilisent, la non-protection des rapports anaux parmi les séropositifs continue à augmenter de manière significative, passant de 55 % en 2000 à 58 % en 2002, pour atteindre 63 % en 2005. Quels que soient l'année des enquêtes et les statuts sérologiques des répondants, les comportements sexuels à risque sont plus importants parmi les répondants du BG. Les répondants séronégatifs des deux enquêtes ont des comportements assez proches ; ce n'est pas le cas des répondants séropositifs : ceux participant au BG déclarent en proportion plus importante des rapports anaux non protégés.

FIGURE 4

COMPARAISON DES PROPORTIONS DE PÉNÉTRATIONS ANALES NON PROTÉGÉES AVEC DES PARTENAIRES OCCASIONNELS DANS LES 12 DERNIERS MOIS, SELON LE STATUT SÉROLOGIQUE VIH DES RÉPONDANTS ET PAR ENQUÊTE (EPG 2004 ET BG 2005)

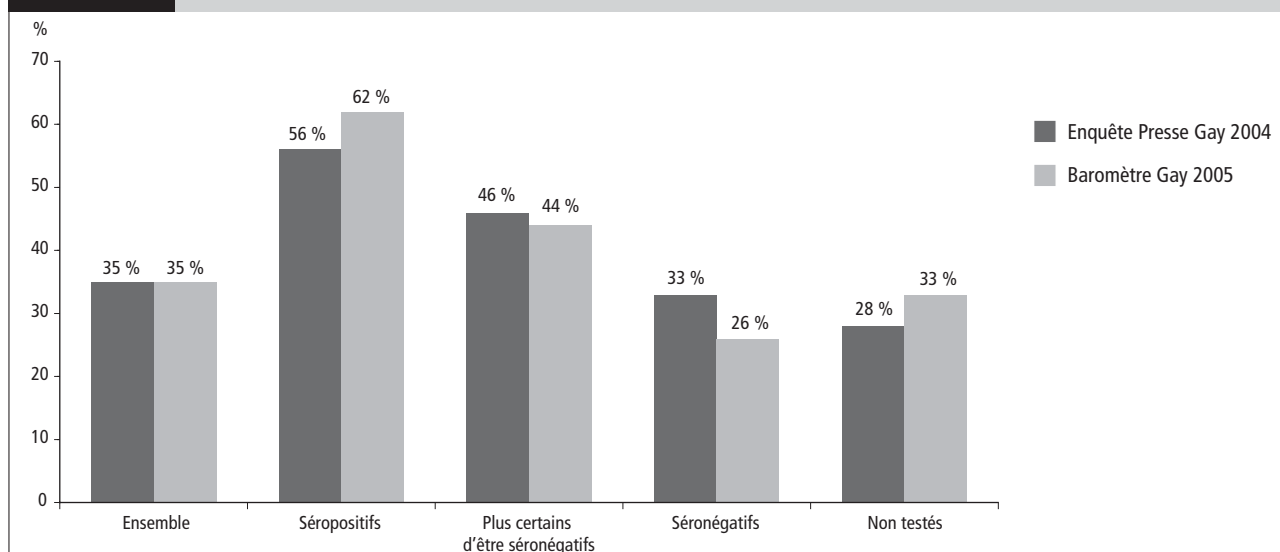
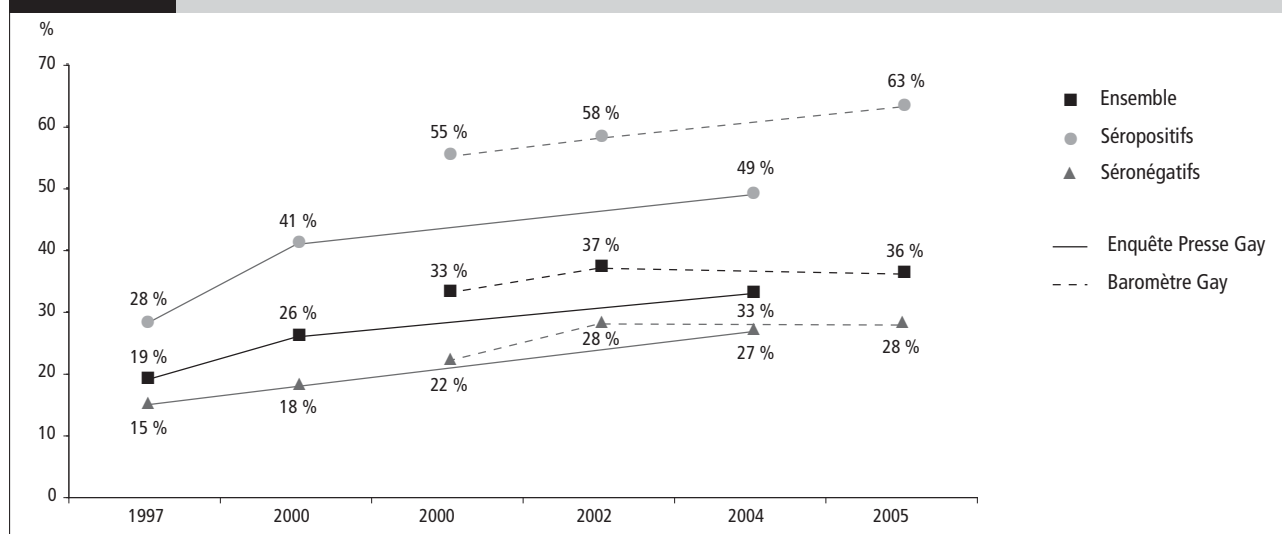
⁸ Seules les réponses provenant de la presse ont été analysées pour les comparaisons avec les précédentes éditions de l'EPG.⁹ L'enquête de 2000 n'ayant été réalisée que sur les établissements commerciaux de rencontre de la région IDF, les analyses de tendance n'ont été réalisées que sur le même type d'établissements et la même région.

FIGURE 5
ÉVOLUTION DE LA PROPORTION DE LA PRATIQUE DE LA PÉNÉTRATION ANALE NON PROTÉGÉE, SELON LE STATUT SÉROLOGIQUE DES RÉPONDANTS ET L'ENQUÊTE (ENQUÊTE PRESSE GAY ET BAROMÈTRE GAY), 1997-2005

Des caractéristiques associées aux pénétrations anales non protégées identiques quel que soit le dispositif d'enquête

Afin de déterminer les facteurs associés aux comportements sexuels à risque¹⁰ avec les partenaires occasionnels, parmi les répondants des deux dernières éditions de l'EPG et du BG, des analyses multivariées ont été réalisées pour chacune d'entre elles. Les résultats des modèles finaux des régressions logistiques des deux enquêtes sont présentés dans le tableau 4. En 2004-2005, les caractéristiques associées au fait d'avoir eu au cours des 12 derniers mois des pénétrations anales non protégées avec des partenaires occasionnels sont très largement similaires : avoir moins de 25 ans, ne pas avoir suivi d'études supérieures,

avoir eu plus de 50 partenaires dans les 12 derniers mois, être séropositif au VIH ou ne plus être certain d'être séronégatif, avoir eu un antécédent d'IST dans les 12 derniers mois, avoir consommé au moins une substance psychoactive et avoir eu une exposition au sperme lors de fellations avec des partenaires occasionnels. La fréquentation des backrooms est associée aux comportements à risque uniquement pour les répondants du BG 2005. Ainsi, la probabilité d'avoir eu au cours des 12 derniers mois au moins une pénétration anale avec des partenaires occasionnels est presque trois fois plus importante pour les répondants de l'EPG 2004 se déclarant séropositifs que ceux séronégatifs et presque quatre fois plus importante pour ceux du BG 2005 séropositifs par rapport aux séronégatifs de cette enquête.

TABEAU 4
FACTEURS ASSOCIÉS À LA PRATIQUE D'AU MOINS UNE PÉNÉTRATION ANALE NON PROTÉGÉE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS AVEC DES PARTENAIRES OCCASIONNELS PARMI LES RÉPONDANTS DE L'EPG 2004 (N=3 022) ET CEUX DU BG 2005 (N=2 105)

	Enquête Presse Gay 2004 (N=3 022)				Baromètre Gay 2005 (N=2 105)			
	N	%	ORa	[IC95 %]	N	%	ORa	[IC95 %]
Âge								
Plus de 25 ans	958	35	1		628	35	1	
25 ans et moins	138	38	1,03	[1,01-1,68]	98	43	1,61	[1,18-2,21]
Scolarité								
Études supérieures	688	33	1		482	33	1	
Jusqu'au baccalauréat	408	40	1,29	[1,09-1,52]	284	43	1,32	[1,07-1,63]
Nombre de partenaires dans les 12 derniers mois								
1-10	420	29	1		197	28	1	
11-50	480	39	1,13	[0,94-1,36]	364	36	1,12	[0,89-1,42]
>50	196	48	1,37	[1,05-1,77]	205	51	1,57	[1,18-2,10]
Statut sérologique VIH								
Séronégatifs	492	27	1		359	27	1	
Non testés	111	34	1,27	[0,97-1,67]	42	33	1,51	[0,99-2,29]
Séro-interrogatifs	245	47	1,9	[1,54-2,35]	156	45	2,04	[1,57-2,64]
Séropositifs	248	57	2,63	[2,08-3,33]	209	63	3,64	[2,75-4,80]

¹⁰ L'indicateur choisi est : avoir eu au moins une pénétration anale non protégée au cours des 12 derniers mois avec des partenaires occasionnels parmi les répondants pratiquant la pénétration anale.

	Enquête Presse Gay 2004 (N=3022)				Baromètre Gay 2005 (N=2105)			
	N	%	ORa	[IC95 %]	N	%	ORa	[IC95 %]
Avoir eu au moins une IST dans les 12 derniers mois								
Non	894	33	1		590	33	1	
Oui	202	50	1,4	[1,11-1,77]	176	53	1,58	[1,22-2,06]
Fréquentation des backrooms								
Non	472	31	1		181	26	1	
Oui	624	40	0,97	[0,81-1,15]	585	41	1,28	[1,02-1,62]
Consommer au moins un produit psychoactif								
Non	353	29	1		199	26	1	
Oui	743	40	1,29	[1,09-1,52]	567	42	1,54	[1,24-1,90]
Exposition au sperme lors de la fellation								
Non	382	23	1		203	21	1	
Oui	714	51	2,96	[2,51-3,48]	563	49	2,98	[2,42-3,67]

4.1.7. DISCUSSION/CONCLUSION

L'ensemble des données recueillies par les différentes sources d'information disponibles à l'InVS indique que la transmission du VIH se poursuit parmi la population homosexuelle masculine. La surveillance de l'infection à VIH en France montre que les homosexuels masculins représentent une population particulièrement touchée en France, pour laquelle est observée une augmentation du nombre de nouveaux diagnostics depuis 2003. De même, les données provenant de la surveillance virologique précisent que près de la moitié d'entre eux ont été infectés dans les 6 mois précédant le diagnostic. Cette proportion d'infections récentes élevée illustre, outre les nouvelles contaminations, les stratégies de "suivi de sérologie VIH" plus systématique chez les homosexuels qu'en population générale : plus de la moitié des répondants des enquêtes comportementales déclarent avoir réalisé leur dernier test VIH dans les 12 derniers mois, cette proportion est encore plus importante (64 %) parmi les consultants HSH des CDAG. Depuis dix ans, ces habitudes de recours au dépistage VIH ont permis aux homosexuels de découvrir plus rarement leur séropositivité au moment du diagnostic de sida, et donc de bénéficier d'une prise en charge adaptée. Conjointement à la diminution des cas de sida, la survie s'est améliorée grâce à la mise sous traitement d'antirétroviraux des patients, avec un risque de décès divisé par quatre depuis l'avènement des trithérapies [12].

Parallèlement, les comportements sexuels à risque décrits par les enquêtes comportementales auprès des homosexuels augmentent de manière importante quel que soit le type de partenaire. Avec le partenaire stable, la non-protection des pénétrations anales parmi les hommes pratiquant la pénétration anale s'est accrue de douze points en l'espace de 7 ans pour les répondants de l'EPG et de quinze points pour ceux du BG en 5 ans. Les mêmes tendances à la hausse, avec cependant des niveaux de prise de risque moindre, sont également rapportées par les enquêtes suisses [2], espagnoles [18] ou américaines [6]. Avec les partenaires occasionnels, les pénétrations anales non protégées ont également augmenté dans l'EPG, passant de 19 % à 33 %. Cet accroissement est également constaté dans les études étrangères dans des proportions similaires [2-5,7,19,20].

Ce défaut de prévention avec des partenaires occasionnels est pratiqué de manière régulière par deux répondants sur dix et en augmentation depuis 1997 au détriment des accidents de protection. Une large part des pénétrations anales non protégées est pratiquée avec des partenaires occasionnels dont le statut sérologique est inconnu des

répondants, particulièrement parmi les répondants du BG pour lesquels les échanges sexuels sont plus souvent anonymes du fait même du lieu de passation de l'enquête [21]. Les pénétrations anales non protégées sont associées à certaines caractéristiques des répondants déjà identifiées précédemment [21,22], comme le fait d'être séropositif au VIH ou de ne plus être certain d'être séronégatif, d'avoir été exposé au sperme lors de la fellation avec des partenaires occasionnels, d'avoir un grand nombre de partenaires dans l'année, de ne pas avoir suivi d'études supérieures. Ainsi, ce sont les répondants se déclarant séropositifs qui indiquent s'engager, plus souvent que ceux séronégatifs, dans des comportements sexuels à risque, plus régulièrement, et avec des partenaires de statut sérologique inconnu. Mais, alors que la non-protection des pénétrations anales parmi les répondants séropositifs continue à augmenter de manière importante et significative en France et particulièrement à Paris [23], elle diminue à Londres [24] et à Sydney [19]. Afin de comprendre cette augmentation des comportements sexuels à risque contemporaine à l'arrivée des nouveaux traitements VIH, les équipes de recherche de différents pays ont établi une échelle commune de questions cherchant à estimer l'impact de ces nouveaux traitements sur les comportements sexuels des hommes participant aux enquêtes [25]. Les études réalisées entre 1998 et 2002 indiquent qu'il est peu probable que l'optimisme lié aux traitements du VIH explique, à lui seul, la hausse des comportements sexuels à risque parmi la population homosexuelle masculine [26].

L'accroissement des comportements à risque déclarés par les répondants des enquêtes comportementales est corroboré par l'augmentation des IST sur la même période. Les données de surveillance des IST indiquent la résurgence de la syphilis fin 2000 comme l'émergence de la LGV rectale en 2003-2004 [9]. Les résultats des enquêtes comportementales indiquent les mêmes tendances : une augmentation entre 1997 et 2004 de la proportion de répondants ayant rapporté un antécédent de syphilis dans les 12 derniers mois, plus spécifiquement à Paris, et la déclaration, pour 1 % des répondants du BG 2005, d'une LGV dans les 12 derniers mois. Par contre, les données concernant les cas de gonococcies diffèrent des résultats des enquêtes comportementales. Ainsi, il n'est pas possible d'évaluer l'importance de cette IST chez les homosexuels et encore moins de savoir si l'augmentation récente, rapportée par le réseau de surveillance Renago, est liée à une recrudescence chez des homosexuels, étant donné que les informations sociocomportementales ne sont pas disponibles par l'intermédiaire de ce réseau. D'une manière générale, les homosexuels ayant contracté une IST récemment sont âgés de 35 à 40 ans et sont souvent infectés par le VIH, confirmant les tendances décrites par les enquêtes

comportementales concernant l'importance et l'augmentation de la non-protection des rapports anaux des répondants séropositifs. Par ailleurs, en 2004, plusieurs cas d'hépatite aiguë C, liés à des pratiques sexuelles sanglantes, ont été signalés par des services hospitaliers parisiens parmi des patients homosexuels séropositifs. Des cas similaires d'hépatite aiguë C ont également été décrits dans d'autres pays d'Europe [27]. Depuis 2001, une augmentation de l'incidence du VHC chez les homosexuels séropositifs au VIH a également été observée en Europe [28-31], ce qui ne semble pas se vérifier en France¹¹.

La prévalence du VIH en population homosexuelle est, à ce jour, obtenue par l'intermédiaire des répondants des enquêtes comportementales indiquant être séropositifs. Depuis 1997, elle n'a cessé de diminuer pour se stabiliser entre 14 % et 13 % selon les enquêtes. Les données de prévalence VIH européennes indiquent des proportions similaires oscillant de 5 % à 13 % [8]. Cependant, l'interprétation de la prévalence déclarée a ses limites : elle peut très largement sous-estimer la prévalence réelle, comme l'illustre l'étude réalisée par les Centers for Disease Control (CDC) auprès de 1 767 homosexuels de cinq villes des États-Unis entre juin 2004 et avril 2005. La prévalence déclarée était comparable à celle observée en France (13 %) mais la prévalence biologique s'élevait à 25 % [32]. Parmi l'ensemble des homosexuels séropositifs, près de la moitié ne connaissaient pas leur statut sérologique et cela, particulièrement chez les homosexuels de moins de 30 ans. Il serait donc nécessaire d'envisager une enquête qui permettrait d'estimer une prévalence du VIH basée sur des examens biologiques. Bien que la prévalence biologique ou déclarée du VIH dans une population soit un indicateur très important, elle ne peut refléter la dynamique de l'épidémie. L'indicateur qui pourrait rendre compte de cette dynamique, en particulier dans une population où la transmission continue, comme c'est le cas chez les homosexuels, est l'incidence du VIH. L'estimation de cette incidence à partir des données de la notification du VIH, de la surveillance virologique et des informations sur les comportements de dépistage est un des enjeux importants de la surveillance pour les années à venir.

L'ensemble des sources d'information disponibles décrivant les caractéristiques sociodémographiques des homosexuels séropositifs rapportent des profils similaires. L'âge moyen des hommes se déclarant séropositifs dans les enquêtes comportementales est de 40-42 ans selon l'enquête, 39 ans pour ceux découvrant leur séropositivité et 43 ans au moment du diagnostic de sida. Cet âge a augmenté depuis 10 ans quel que soit le dispositif. Il s'agit d'hommes appartenant à un milieu socio-économique plutôt favorisé. Une large majorité des répondants des enquêtes comportementales se déclarant séropositifs a suivi des études supérieures, a une activité professionnelle et occupe des fonctions de catégories socioprofessionnelles supérieures. Cette

appartenance à des catégories professionnelles favorisées est également vraie pour les homosexuels découvrant leur séropositivité ou lors du diagnostic de sida. Il faut, cependant, ne pas omettre que dans certains milieux socio-économiques moins favorisés, il est plus difficile d'accepter, d'assumer ou de dévoiler son orientation sexuelle du fait d'une plus grande homophobie, impliquant probablement une sous-estimation de ce mode de contamination pour ces milieux. Par ailleurs, les hommes séropositifs résident plus fréquemment en région francilienne.

La région IDF semble, d'ailleurs, occuper une position particulière ; outre le fait qu'elle regroupe 44 % des découvertes VIH chez les homosexuels, les premiers cas de syphilis, puis de LGV et d'hépatite aiguë C ont été diagnostiqués dans cette région. La proportion des sous-types non-B est plus fréquente en IDF qu'ailleurs et l'infection récente est 1,5 fois plus fréquente en IDF que pour l'ensemble des autres régions. Pourtant, l'enquête BG 2002 n'avait pas montré de différence en termes de prise de risque entre l'IDF et les autres régions [21]. Il semble donc que ce qui diffère entre l'IDF et les autres régions ne s'explique pas par des comportements plus à risque ou non, mais plutôt par une offre de dépistage peut-être plus accessible en IDF, un nombre plus important d'homosexuels et une plus grande diversité des nationalités dans cette région (avec, donc, une intrication possible entre les épidémies d'Afrique et de France).

Malgré l'amélioration du pronostic de l'infection VIH, cette maladie reste très grave et son impact sur la qualité de vie est majeur. L'ensemble des données présentées ici indique une dégradation des comportements de prévention au cours de la dernière décennie au sein d'une population estimée à près de 300 000 personnes dans les années quatre-vingt-dix [11] et pour laquelle près de 1 000 sujets découvrent leur séropositivité chaque année. L'ensemble des actions de prévention (spots télévisés, actions de terrain, éducation médicale) demeure indispensable, mais elles ne semblent pas suffisantes pour réduire des comportements à risque dans une population particulièrement informée, alors que le dépistage, les préservatifs et l'information sont largement disponibles grâce à l'implication des associations de lutte contre le sida et des professionnels de la santé. En parallèle des politiques publiques, chacun des acteurs concernés (associations, médecins, épidémiologistes...) doit se saisir de cette situation préoccupante.

Nous tenons à remercier Philippe Adam qui a coordonné, au Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida (Cesés), puis à l'Institut de veille sanitaire (InVS), l'ensemble des enquêtes comportementales auprès des homosexuels de 1997 à 2002 : EPG et BG.

¹¹ Cf. chapitre 1.4.

- **Les enquêtes comportementales réalisées dans la population homosexuelle masculine en France par l'InVS sont au nombre de deux : l'enquête Presse Gay (EPG) et Baromètre Gay (BG)**

L'EPG, conduite à intervalles réguliers depuis 1985, est réalisée chez les lecteurs de la presse gay sur la base du volontariat. Le questionnaire comprend 120 questions portant sur des données sociodémographiques, les modes de vie, les pratiques sexuelles et préventives, l'usage de produits psychoactifs. L'enquête porte également sur les pratiques de dépistage et la connaissance ou non du statut sérologique vis-à-vis du VIH, permettant d'avoir un indicateur de "prévalence déclarée du VIH" par les répondants. Lors de la dernière édition, 6 184 questionnaires remplis par des hommes ont été recueillis et analysés.

L'enquête BG est réalisée, depuis 2000, auprès des homosexuels fréquentant les lieux de rencontre gays qui acceptent de répondre à un questionnaire court (30 questions), y compris sur la connaissance du statut sérologique et les pratiques sexuelles et préventives. En 2005, 3 292 questionnaires remplis par des hommes ont été collectés et analysés.

L'indicateur utilisé pour définir les comportements à risque dans ces deux enquêtes est la pratique d'au moins une pénétration anale non protégée au cours des 12 derniers mois parmi les répondants ayant des rapports anaux avec des partenaires occasionnels.

- **La déclaration obligatoire (DO) du VIH et du sida** : la DO du VIH a été mise en place en France début 2003 et repose sur la déclaration conjointe du biologiste et du médecin prescripteur. La DO du sida existe depuis 1986 et repose sur les cliniciens. Les DO sont faites sur la base d'un code d'anonymat. Les données présentées sont celles des notifications (VIH et sida) réalisées jusqu'au 31 décembre 2005.

- **La surveillance virologique est couplée à la DO du VIH.** Elle comprend la réalisation d'un test d'infection récente qui permet d'identifier parmi les nouveaux diagnostics, les personnes qui se sont contaminées dans les 6 derniers mois et d'un sérotypage qui permet d'identifier le groupe, le type et les sous-types du VIH. Ces deux tests (test d'infection récente et sérotypage) sont réalisés à partir du prélèvement qui a permis le diagnostic de VIH en déposant du sérum sur un buvard. Ce buvard est ensuite envoyé au CNR du VIH où sont réalisés les deux tests. Cette surveillance est volontaire pour le biologiste qui réalise le diagnostic et pour le patient qui peut refuser par l'intermédiaire du médecin qui notifie la séropositivité.

Afin d'identifier les facteurs associés à une infection récente, une analyse univariée puis une analyse multivariée par un modèle de régression logistique, avec l'ensemble des variables associées à l'infection récente en univariée, ont été réalisées. Pour l'analyse multivariée, la procédure descendante pas à pas a été choisie.

- **Les systèmes de surveillance des IST** sont basés en France sur des réseaux volontaires de laboratoires, pour les infections à gonococcies et la LGV, ou de cliniciens, pour la surveillance de la syphilis. Certains sont très anciens (réseau des infections à gonococcies depuis 1986) ou plus récents (réseau syphilis depuis 2001 et celui de la LGV depuis 2003) et mis en place en raison de la résurgence de ces deux IST. Ces systèmes ne sont pas exhaustifs, mais permettent d'analyser des tendances et de caractériser les cas.

- **Une enquête nationale sur la prévalence des co-infections par le virus des hépatites B et C** dans la population infectée par le VIH en juin 2004 en France. Cette enquête a porté sur tous les patients séropositifs (âgés de 18 ans et plus) présents le jour de l'enquête (le 22 juin 2004), en consultation ou en hospitalisation dans les 167 services hospitaliers de maladies infectieuses participant à l'enquête. Les services participants ont été sollicités en fonction d'un plan de sondage prenant en compte le nombre de déclaration VIH et sida réalisés par ces services. Les résultats sont des estimations qui ont pris en compte le plan de sondage en associant un poids (facteur correcteur égal à l'inverse de la probabilité d'inclusion) à chaque individu enquêté. La sérologie du VHC est considérée comme positive lorsqu'il y a présence des anticorps VHC ou une PCR positive ; la sérologie VHB est définie positive par la présence de l'antigène (Ag) HBS ou une recherche de DNA VHB positive.

- **Une étude rétrospective a été réalisée en 2004 en IDF** auprès des trois services hospitaliers qui ont signalé des cas d'hépatite aiguë C survenant chez des homosexuels séropositifs.

■ RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Adam P, Hauet E. Résultats préliminaires de l'enquête Presse Gay 2000 sur la recrudescence des prises de risque et des MST parmi les gays. Saint-Maurice, 2001.
- [2] Balthasar H, Jeannin A, Dubois-Arber F. Augmentation des expositions au risque d'infection par le VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes: premiers résultats de GAYSURVEY 04. Lausanne: Bulletin de l'OFSP, 2005.
- [3] Bochow M, Wright MT, Lange M. Schwule Männer und Aids: Risikomanagement in Zeiten der sozialen Normalisierung einer Infektionskrankheit. Deutsche AIDS-Hilfe e. V.; 2004.
- [4] Dodds JP, Mercey DE, Parry JV, Johnson AM. Increasing risk behaviour and high levels of undiagnosed HIV infection in a community sample of homosexual men. *Sex Transm Infect* 2004;80(3):236-40.
- [5] Elford J, Bolding G, Davis M, Sherr L, Hart G. Trends in sexual behaviour among London homosexual men 1998-2003: implications for HIV prevention and sexual health promotion. *Sex Transm Infect* 2004;80(6):451-4.
- [6] Sanchez T, Finlayson T, Drake A, Behel S, Cribbin M, Dinetto E, *et al.* Human immunodeficiency virus (HIV) risk, prevention, and testing behaviors--United States, National HIV Behavioral Surveillance System: men who have sex with men, November 2003-April 2005. *MMWR Surveill Summ* 2006;55(6):1-16.
- [7] George C, Alary M, Otis J, Demers E, Masse B, Lavoie R, *et al.* Nonnegligible increasing temporal trends in unprotected anal intercourse among men who have sexual relations with other men in Montreal. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006;41(3):365-70.
- [8] EuroHIV. HIV/AIDS Surveillance in Europe. End-year report 2005. Saint-Maurice, 2006. Report No:73.
- [9] Herida M, Michel A, Goulet V, Janier M, Sednaoui P, Dupin N, *et al.* Epidemiology of sexually transmitted infections in France. *Med Mal Infect* 2005;35(5):281-9.
- [10] Herida M, de Barbeyrac B, Sednaoui P, Scieux C, Lemarchand N, Kreplak G, *et al.* Rectal lymphogranuloma venereum surveillance in France 2004-2005. *Euro Surveill* 2006;11(9).
- [11] Spira A, Bajos N et le groupe ACSF. Les comportements sexuels en France. Paris: La Documentation Française, 1993.
- [12] Couzigou C, Pinget R, Le Strat Y, Pillonel J, Vittecoq D, Semaille C. Survie des patients atteints de sida diagnostiqués dans les hôpitaux parisiens : facteurs pronostiques et évolution, 1994-2001. *Bull Epidemiol Hebd* 2005;23:112-4.
- [13] Herida M, Basselier B, Laurent E, Goulet V, Sednaoui P. Renago 2004 : gonococcies en hausse, progression importante de la résistance des souches à la ciprofloxacine. *Bull Epidemiol Hebd* 2006;1:2-3.
- [14] Meffre C. Prévalence des hépatites B et C en France. Institut de veille sanitaire, 2006.
- [15] Larsen C, Pialoux G, Salmon D, Antona D, Piroth L, Le Strat Y, *et al.* Prévalence des co-infections par les virus des hépatites B et C dans la population VIH+, France, juin 2004. *Bull Epidemiol Hebd* 2005;23:109-12.
- [16] Gambotti L, Batisse D, Colin-de-Verdiere N, Delarocque-Astagneau E, Desenclos JC, Dominguez S, *et al.* Acute hepatitis C infection in HIV positive men who have sex with men in Paris, France, 2001-2004. *Euro Surveill* 2005;10(5):115-7.
- [17] Le Vu S, Semaille C. Dépistage anonyme et gratuit du VIH. Profil des consultants de CDAG en 2004 - Enquête épidémiologique transversale. Institut de veille sanitaire, 2006.
- [18] Folch C, Marks G, Esteve A, Zaragoza K, Munoz R, Casabona J. Factors associated with unprotected sexual intercourse with steady male, casual male, and female partners among men who have sex with men in Barcelona, Spain. *AIDS Educ Prev* 2006;18(3):227-42.
- [19] Hull P. Gay community periodic survey Sydney 1996-2005. NCHSR;2006.
- [20] Williamson LM, Dodds JP, Mercey DE, Johnson AM, Hart GJ. Increases in HIV-related sexual risk behavior among community samples of gay men in London and Glasgow: how do they compare? *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006;42(2):238-41.
- [21] Velter A, Michel A, Semaille C. Baromètre Gay 2002. Institut de veille sanitaire, 2005.
- [22] Bochow M, Jauffret-Roustide M, Michel A, Schiltz MA. Les évolutions des comportements sexuels et les modes de vie à travers les enquêtes réalisées dans la presse gay en France (1985-2000). In: Broqua C, Lert F, Souteyrand Y, editors. Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires. Paris: ANRS; 2003. p.35-54.
- [23] Velter A, Bouyssou-Michel A, Pillonel J, Jacquier G, Semaille C. Baromètre gay 2005 : enquête auprès des hommes fréquentant les lieux de rencontre gay franciliens. *Bull Epidemiol Hebd* 2006;25:178-80.
- [24] Elford J, Bolding G, Sherr L, Hart G. High-risk sexual behaviour among London gay men: no longer increasing. *AIDS* 2005;19(18):2171-4.
- [25] Van d, V, Crawford J, Kippax S, Knox S, Prestage G. A scale of optimism-scepticism in the context of HIV treatments. *AIDS Care* 2000;12(2):171-6.
- [26] Elford J. Changing patterns of sexual behaviour in the era of highly active antiretroviral therapy. *Curr Opin Infect Dis* 2006;19(1):26-32.
- [27] Gotz HM, van DG, Niesters HG, den Hollander JG, Thio HB, de ZO. A cluster of acute hepatitis C virus infection among men who have sex with men--results from contact tracing and public health implications. *AIDS* 2005;19(9):969-74.
- [28] Browne R, Asboe D, Gilleece Y, Atkins M, Mandalia S, Gazzard B, *et al.* Increased numbers of acute hepatitis C infections in HIV positive homosexual men; is sexual transmission feeding the increase? *Sex Transm Infect* 2004;80(4):326-7.
- [29] Coutinho R, van de Laar T. Rise in HCV incidence in HIV-infected men who have sex with men in Amsterdam: sexual transmission of difficult to treat HCV genotypes 1 and 4. 13th Annual Retrovirus Conference. Denver, Feb 5-8 2006 session 21, Abstract 87.
- [30] Danta M, Brown D, Dusheiko G, Pybus O, Nelson M, Fisher M, *et al.* Evidence for sexual transmission of HCV in recent epidemic in HIV-infected men in the UK. 13th Annual Retrovirus Conference. Denver, Feb 5-8 2006 session 21, Abstract 86.
- [31] Rauch A, Rickenbach M, Weber R, Hirschel B, Tarr PE, Bucher HC, *et al.* Unsafe sex and increased incidence of hepatitis C virus infection among HIV-infected men who have sex with men: the Swiss HIV Cohort Study. *Clin Infect Dis* 2005;41(3):395-402.
- [32] CDC. HIV prevalence, unrecognized infection, and HIV testing among men who have sex with men--five U.S. cities, June 2004-April 2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2005;54(24):597-601.

4.2 - Évolution des profils sociologiques et des comportements à risque des usagers de drogues

Rédigé par Marie Jauffret-Roustide (m.jauffret@invs.sante.fr)

Les points clés

- **Diminution de la contamination par le VIH, se traduisant par une prévalence faible du VIH chez les jeunes usagers de drogues (UD) et par une part très faible des UD parmi les découvertes de séropositivité et des cas de sida.**
- **Prévalence élevée du VHC chez les UD.**
- **Persistance des pratiques à risque vis-à-vis du VIH et du VHC (partage de la seringue, du petit matériel lié à l'injection, partage de la pipe à crack...).**
- **Population marquée par la précarité.**
- **Impact de la politique de la réduction des risques.**

4.2.1 INTRODUCTION

En France, en 1999, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) estimait entre 170 000 et 190 000 le nombre d'usagers de drogues (UD), dont un peu plus de la moitié pourraient être des injecteurs actifs. Les UD constituent une population très exposée aux infections virales et tout particulièrement au VIH et au VHC, par le biais du partage du matériel d'injection, de pailles de snif ou de pipes à crack.

Les données présentées dans ce chapitre sont issues à la fois de dispositifs de surveillance (déclaration obligatoire (DO) des cas de sida de 1996 à 2005, puis DO des cas de séropositivité au VIH de 2003 à 2005) et d'enquêtes sociocomportementales spécifiquement dédiées à surveiller l'évolution de la prévalence du VIH et du VHC chez les UD. Ces données sociocomportementales sont issues de l'enquête Programmes d'échange de seringues (PES) réalisée en 1998 et de l'enquête ANRS-Coquelicot réalisée en 2004 (avec une phase de faisabilité en 2002) au sein de l'Institut de veille sanitaire (InVS). Les populations étudiées dans l'ensemble de ces dispositifs de surveillance et de recherche sont hétérogènes. Dans le cadre de la DO (sida et VIH), est défini comme UD toute personne identifiée par le clinicien comme ayant été contaminée par l'usage de drogues par voie intraveineuse. Cette population comprend donc à la fois des UD récents et anciens. Dans le cadre des études sociocomportementales, la population étudiée est différente, il s'agit d'UD majoritairement récents car ils sont pris en charge dans les dispositifs de soins et de prévention spécialisés et chez les médecins généralistes pour l'étude Coquelicot, et d'UD issus des programmes d'échange de seringues pour l'enquête PES. Ces deux types de sources donnent donc une image globale des UD, puisque les enquêtes sociocomportementales sont représentatives de la population UD captée dans le dispositif spécialisé, mais laissent de côté les populations ne fréquentant pas ces dispositifs, populations prises en compte partiellement par la DO sida et VIH.

Définitions [1]

Réduction des risques : politique pragmatique qui propose de réduire l'ensemble des dommages sociaux et sanitaires liés à l'usage de drogues en les hiérarchisant. Les outils de la réduction des risques sont l'accès aux seringues stériles (libéralisation de la vente en pharmacie en 1987, PES en 1991 et mise en place du Steribox® en 1995), la diffusion des traitements de substitution aux opiacés (le Subutex® en 1994 et la Méthadone® en 1995) et l'accès aux soins avec la création des premiers dispositifs bas seuil à partir de 1993.

Bas seuil : dans le cadre de la politique de réduction des risques, des dispositifs bas seuil ont été créés. Abaisser le seuil d'exigence vis-à-vis des UD revient à ne plus imposer le sevrage comme condition d'accès au dispositif de prise en charge et de soins pour le dispositif de soins spécialisés.

Programmes d'échange de seringues (PES) : les PES constituent l'un des outils de la réduction des risques. L'objectif principal des PES est de lutter contre la transmission du VIH et des hépatites chez les UD par la diminution du partage des seringues et du petit matériel lié à l'injection de drogues. Au-delà de la distribution de matériel d'injection stérile, les PES s'inscrivent dans une approche de prévention globale qui inclut la sexualité à moindre risque (accès au préservatif) et l'orientation vers des structures de prévention et de soins.

Repères chronologiques des politiques publiques 1987-2006

- 1987 : Libéralisation de la vente des seringues en pharmacie.
- 1991 : Programmes d'échange de seringues (PES).
- 1993 : Adoption du référentiel de réduction des risques en France.
- 1993 : Première boutique (lieu d'accueil bas-seuil) pour les UD.
- 1994 : Autorisation de mise sur le marché du Subutex® (buprénorphine haut dosage) comme traitement de substitution aux opiacés pour les UD.
- 1995 : Diffusion de la Méthadone® comme traitement de substitution aux opiacés pour les UD.
- 1995 : Steribox®.
- 2005 : Inscription du référentiel de réduction des risques dans la loi de santé publique.

4.2.2 PRÉVALENCES DU VIH ET DU VHC CHEZ LES UD, DÉCOUVERTES DE SÉROPOSITIVITÉ AU VIH, DIAGNOSTICS DE SIDA ET COMPORTEMENTS DE DÉPISTAGE

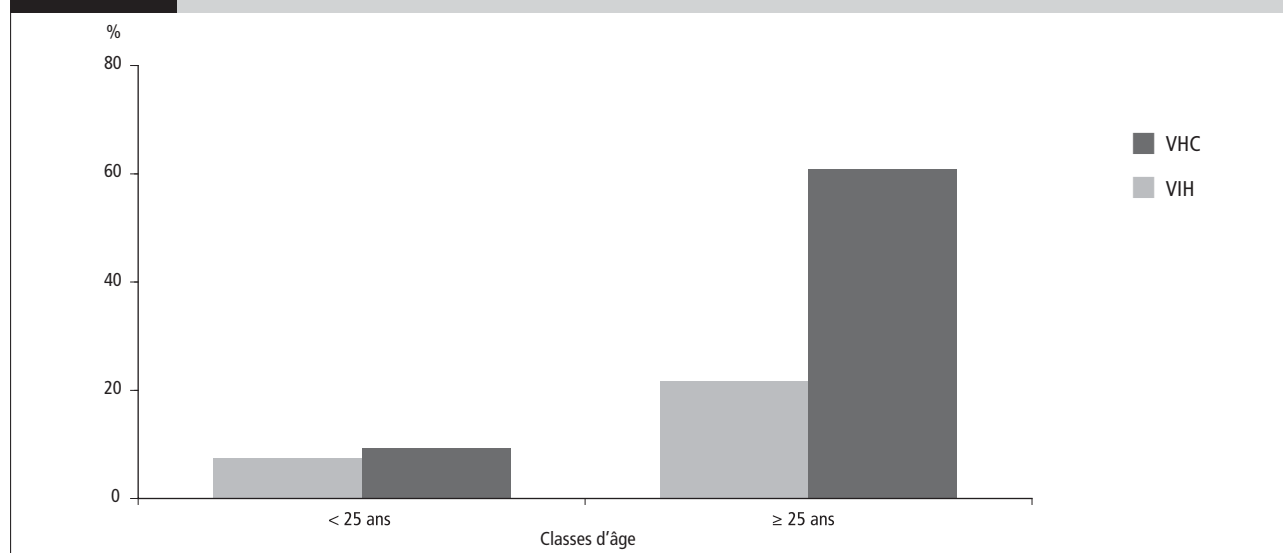
4.2.2.1 Prévalences du VIH et du VHC chez les UD

En 1998, dans l'enquête PES, les données de prévalence du VIH et du VHC chez les UD sont obtenues à partir des déclarations des UD. À partir de 2004, l'enquête Coquelicot permet de recueillir des données de séroprévalence à partir d'un prélèvement de sang au bout du doigt par autopiqueur (cf. encadré méthodologique).

Sur les dix dernières années, on observe une diminution importante de la prévalence du VIH chez les UD, alors que la prévalence du VHC reste stable à un niveau élevé. En 1998, dans l'enquête PES, la prévalence globale du VIH est de 19,3 % [IC95 % : 15,3-23,3] et celle du VHC de 57,5 % [52,6-62,4]. En 2004, dans l'enquête Coquelicot, la séroprévalence globale du VIH est de 10,8 % [6,8-16,6] et celle du VHC est de 59,8 % [50,7-68,3].

La prévalence du VIH diminue de plus en plus chez les UD les plus jeunes. Dans l'enquête PES, en 1998, la prévalence du VIH est significativement moins importante chez les moins de 25 ans (7,5 %) vs les plus de 25 ans (21,7 %), $p=0,0002$ (figure 1).

FIGURE 1 PRÉVALENCES DU VIH ET DU VHC PAR CLASSE D'ÂGE, ENQUÊTE PES, FRANCE, 1998



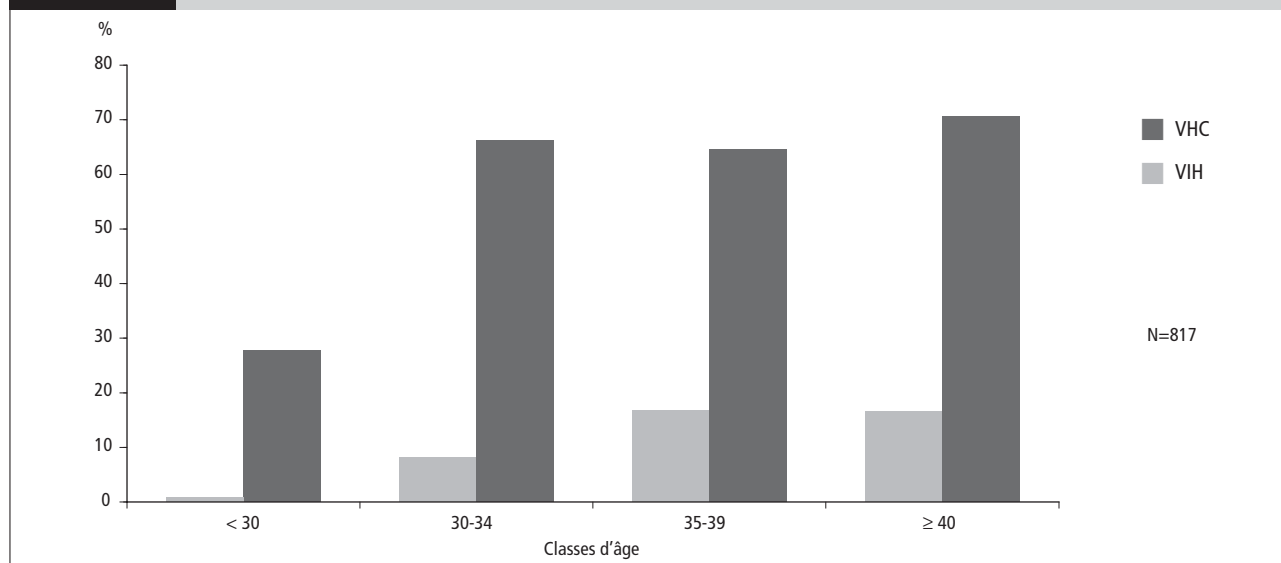
En 2004, dans l'enquête Coquelicot, cette différence s'accroît. La séroprévalence du VIH est quasi nulle chez les moins de 30 ans (0,3 %) et atteint 17 % chez les UD âgés de 35-39 ans, ainsi que chez les plus de 40 ans (figure 2).

Pour le VHC, la prévalence croît également avec l'âge, mais elle est néanmoins très élevée chez les plus jeunes UD. Dans l'enquête PES, en 1998, la prévalence du VHC est de 49,3 % chez les moins de 25 ans vs 60,8 % chez les plus de 25 ans, $p=0,004$ (figure 1). Dans l'enquête

Coquelicot, en 2004, la séroprévalence du VHC croît également avec l'âge, mais elle est déjà élevée chez les moins de 30 ans (28 %) et, à 40 ans et plus, 71 % des UD ont été contaminés par le VHC (figure 2). Dans l'étude Coquelicot, une analyse par année de naissance montre clairement que la diminution de la séroprévalence du VIH démarre avec la cohorte née après 1970 (soit moins de 34 ans aujourd'hui), alors que, pour le VHC, la diminution commence à être marquée pour la cohorte plus jeune de dix années, née après 1980 (soit les moins de 24 ans).

FIGURE 2

SÉROPRÉVALENCES DU VIH ET DU VHC PAR CLASSE D'ÂGE, COQUELICOT, FRANCE, 2004



4.2.2.2 Évolution des cas de sida entre 1996 et 2005 et caractéristiques des UD

Les données issues de la DO sida montrent que le nombre et la proportion des UD parmi les cas de sida a largement diminué entre 1996 et 2005, de 974 cas (24 %) à 99 cas (9 %, données redressées). En revanche, sur la même période, l'âge moyen des UD a progressivement augmenté de 35 ans à 41 ans, ce phénomène étant observé pour tous les modes de transmission, mais les UD représentent la population qui a le plus "vieilli". Ce vieillissement peut s'expliquer par le fait que les jeunes UD se contaminent moins par le VIH. De plus, les UD qui développent un sida sont contaminés depuis longtemps, ils sont pour certains, soit dépistés très tardivement au moment du sida (13 % des cas), soit, et c'est la majorité, dépistés depuis longtemps (86 %) mais pas toujours traités : en effet, parmi les personnes dépistées, la moitié seulement étaient traitées par antirétroviraux (ARV) au moment du diagnostic de sida.

L'absence de traitement ARV chez les UD ne reflète pas forcément un problème d'accès aux soins de cette population mais peut s'expliquer par une situation de précarité qui ne favorise pas l'observance des ARV et des prophylaxies. Le fait que 77 % des UD soient sans profession est un des marqueurs de cette précarité. La fréquence de la tuberculose pulmonaire (15 %) parmi les UD illustre également cette précarité (par comparaison, la proportion de la tuberculose pulmonaire chez les homosexuels est de 6 %). Les autres pathologies opportunistes les plus fréquentes chez les UD sont la pneumocystose (16 %) et la toxoplasmose (11 %) qui surviennent en majorité chez des UD qui connaissent leur séropositivité depuis au moins 3 mois. Elles auraient dû être évitées par les traitements mais le contexte de précarité des UD ne favorise pas l'adhésion au traitement. De même, cette précarité peut expliquer le plus sombre pronostic des UD après le diagnostic de sida : la contamination par usage de drogues est un facteur de mauvais pronostic (RRa=1,67) par rapport aux contaminations par rapports hétérosexuels (RRa=0,99) ou homosexuels (RRa=1) (analyse multivariée des facteurs associés à la survie des personnes atteintes de sida à Paris entre 1994 et 2001) [2].

4.2.2.3 Découvertes de séropositivité entre 2003 et 2005

Entre 2003 et 2005, 254 séropositivités VIH ont été notifiées chez des UD en France et, pour l'année 2005, seules 57 séropositivités au VIH ont été découvertes et notifiées chez les UD. Il s'agit principalement d'UD de sexe masculin (sex-ratio de 4). La proportion d'UD parmi l'ensemble des cas (3 %) est donc très faible sur la période 2003-2005.

Les UD qui découvrent leur séropositivité sont plutôt âgés (moyenne = 37 ans), seuls deux sujets ont moins de 20 ans, les femmes étant plus jeunes que les hommes (respectivement 34 ans et 37 ans). Les UD découvrent leur séropositivité le plus souvent devant la présence de signes cliniques ou biologiques (33 %) ou la notion d'une exposition au VIH (25 %).

4.2.2.4 Disparités régionales et nationalités

L'Île-de-France (IDF) et le Sud de la France constituent les régions où les UD sont les plus touchés par le VIH. En 1998, l'enquête PES fait apparaître des disparités régionales notables pour le VIH. Si la prévalence globale du VIH est de 19,3 % au niveau national, les prévalences les plus élevées se situent en Aquitaine (36,8 %), Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA, 26 %) et IDF (21,4 %) ($p < 10^{-4}$) (tableau 1).

TABLEAU 1

PRÉVALENCE DU VIH PAR RÉGION, ENQUÊTE PES, FRANCE, 1998

Région	VIH+
Aquitaine	36,8 %
PACA	26,0 %
Île-de-France	21,4 %
Total	19,3 %

En 2004, dans l'enquête Coquelicot, la séroprévalence du VIH diffère significativement selon la ville, variant de 1 % à Lille à 32 % à Marseille ($p < 10^{-4}$) (tableau 2). En revanche, il n'existe pas de différence

statistiquement significative pour le VHC, la séroprévalence variant de 44 % à Lille à 66 % à Marseille ($p = 0,19$).

TABEAU 2

SÉROPRÉVALENCES DU VIH ET DU VHC PAR VILLE, COQUELICOT, FRANCE, 2004

	Séroprévalence du VIH (%) [IC95 %]	Séroprévalence du VHC (%) [IC95 %]
Lille, N=100	1 [0,2-5,7]	43,7 [30,4-57,9]
Strasbourg, N=130	4,3 [1,8-10,2]	54,4 [40,6-67,6]
Paris, N=335	10,9 [5,9-18,9]	62 [49,9-72,7]
Bordeaux, N=123	3,4 [0,9-11,4]	47,2 [30,4-64,7]
Marseille, N=129	31,5 [20,6-44,8]	65,9 [55,1-75,4]
Total, N=813	10,8 [6,8-16,6]	59,8 [50,7-68,3]

D'après la DO VIH, entre 2003 et 2005, les UD qui découvrent leur séropositivité ou leur pathologie sida résident principalement en IDF (respectivement 36 % et 37 %) et dans les régions du Sud de la France : PACA (8 % et 20 %), Rhône-Alpes (4 % et 7 %), Languedoc-Roussillon (6 % et 2,5 %) et Midi-Pyrénées (5 % et 2,3 %).

Ces différences de prévalences du VIH entre les régions sont certes liées au niveau de prévalence globale du VIH dans ces régions, mais surtout aux habitudes locales des UD. En effet, l'utilisation de la voie veineuse (qui constitue le vecteur de transmission le plus important pour le VIH et le VHC) est historiquement plus répandue dans des régions du Sud comme Marseille, alors qu'elle est plus rare dans les régions de l'Est et plus particulièrement du Nord où la voie fumée est privilégiée.

Dans le dispositif de DO, l'évolution des nationalités des UD au moment du diagnostic de sida ou du VIH reflète l'émergence du VIH chez les UD en Europe de l'Est (en particulier dans les pays de l'ex-bloc soviétique) et l'importance de l'épidémie chez les UD au Portugal et en Espagne. En effet, alors qu'au moment du diagnostic de sida, les UD sont principalement de nationalité française (83 %), les nationalités des UD qui découvrent leur séropositivité sont plus diversifiées : 69 % d'entre eux sont français (si on exclut les nationalités inconnues) mais 8 % des UD sont originaires d'Europe de l'Est (principalement de Géorgie et de Russie, mais également d'Ukraine et de Lituanie). Les nationalités portugaise (4 %), algérienne (3 %) ou espagnole (2 %) sont également présentes. Entre 2003 et 2005, parmi les cas de sida, un seul UD géorgien a été notifié alors que parmi les cas de VIH, 11 sujets géorgiens ont été notifiés, ce qui illustre le fait que l'épidémie du VIH, dans ce pays, a démarré plus récemment et reflète également des flux migratoires récents. D'autres données permettant de mieux caractériser la situation sociodémographique et en particulier le niveau de précarité sociale sont présentées plus loin (cf. chapitre 4.2.3.1).

Les données de la surveillance virologique (2003-2005) montrent que les UD sont principalement contaminés par le sous-type B (84 %). Mais 27 UD sont cependant infectés avec un sous-type non-B, dont 5 Français et 10 UD d'Europe de l'Est. Les sous-types non-B, qui historiquement n'étaient présents qu'en Afrique, diffusent au sein de la population française et européenne, y compris parmi les UD, même si cette tendance reste limitée. La proportion d'UD diagnostiqués en infection récente est faible (13 % soit 24 usagers sur 179 sujets), ce qui est un indicateur supplémentaire pour dire que les UD se contaminent moins actuellement par le VIH.

4.2.2.5. Co-infection de l'infection à VIH et des hépatites

La quasi-totalité des UD séropositifs pour le VIH ont été également contaminés par le VHC. Dans l'enquête "co-infections avec les virus des hépatites" réalisée auprès des personnes séropositives pour le VIH prises en charge à l'hôpital, 93 % des UD séropositifs pour le VIH sont également contaminés par le VHC [3]. Ce constat est également présent dans l'enquête PES en 1998, où 78 % des UD contaminés par le VIH sont porteurs du VHC. Cette tendance se confirme en 2004 dans l'enquête Coquelicot, puisque le taux atteint 94 %.

4.2.2.6 Accès au dépistage et aux soins

Dans l'enquête réalisée dans les Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) (cf. chapitre 2.2), le dépistage chez les UD n'a pas été spécifiquement mesuré en raison d'un nombre de cas trop faible. Les seules données disponibles sont donc issues des enquêtes sociocomportementales effectuées à l'InVS en population UD.

La proportion des UD ayant été dépistés au moins une fois dans leur vie est très élevée. En 1998, dans l'enquête PES, 91 % des UD avaient déjà été dépistés (au moins une fois dans leur vie) pour le VIH et 86 % pour le VHC. Et en 2004, dans l'étude Coquelicot, plus de 95 % des UD déclarent avoir déjà été testés au moins une fois dans leur vie pour le VIH et 91 % pour le VHC. Dans cette dernière étude, la comparaison entre les données biologiques et déclaratives montre que, pour le VIH, les résultats déclaratifs et biologiques sont quasiment concordants, seuls 2 % des UD se déclarent négatifs à tort. En revanche, pour le VHC, les UD connaissent mal leur statut sérologique, puisque 27 % des UD se déclarent séronégatifs à tort pour le VHC malgré un taux de dépistage très élevé dans la vie.

En population UD, la question qui se pose ici n'est donc pas tant celle du niveau de dépistage dans la vie que celle de la fréquence du dépistage. Les UD actifs s'exposant fréquemment au risque de transmission du VIH et surtout du VHC (cf. partie sur les pratiques à risque ci-dessous), il est important de renouveler le dépistage au cours de la vie et surtout d'accompagner la restitution des résultats d'un counselling insistant sur l'ensemble des risques de transmission du VIH et du VHC (partage de la seringue, du petit matériel lié à l'injection, de la paille de snif et de la pipe à crack, réutilisation de la seringue...)

auxquels s'exposent les UD. Il faut, en effet, veiller à ce que le dépistage répété ne devienne pas contre productif en revêtant le statut de "protection imaginaire".

Dans la DO VIH en 2005, 29 % des UD qui découvrent leur séropositivité sont au stade sida, chiffre plus élevé que dans les autres populations, alors que seuls 15 % des UD qui développent un sida en 2005 ignoraient leur séropositivité, chiffre plus faible que dans les autres populations. Cette contradiction apparente peut s'expliquer par une circulation ancienne et actuellement peu active du virus parmi les UD et par le fait qu'ils ont toujours été largement dépistés pour le VIH. Le nombre de découvertes de séropositivité concomitantes au sida représente donc une proportion importante des diagnostics VIH (puisqu'il y a très peu de nouveaux diagnostics), mais une proportion faible des cas de sida (qui résultent de contaminations anciennes). On ne peut donc pas parler de retard au dépistage parmi les UD. Seul un très petit nombre d'entre eux, anciennement contaminés, ont "échappé" au dépistage. L'analyse des facteurs associés au retard au dépistage des diagnostics de sida entre 1997 et 2005 confirme ce fait (cf. chapitre 2.3). En effet, l'analyse montre que les homosexuels et les hétérosexuels ont respectivement trois et cinq fois plus de risque que les UD de présenter un retard au dépistage.

4.2.2.7 Épidémiologie des IST chez les UD

Aucune donnée n'est actuellement disponible sur les IST chez les UD. Cependant, parmi les consultants de nos réseaux de surveillance des IST (infections à gonocoques, syphilis, *Chlamydiae*), aucun n'a déclaré être UD.

4.2.3 ÉVOLUTION DES PROFILS ET DES COMPORTEMENTS DES UD

4.2.3.1 Caractéristiques sociodémographiques

La population des UD pris en charge dans les dispositifs spécialisés et chez les médecins généralistes vieillit. En 1998, dans l'enquête PES, les participants ont un âge moyen de 31 ans, 74 % (743/1 004) sont des hommes. En 2004, dans l'enquête Coquelicot, la population des UD reste essentiellement masculine (74 % d'hommes), l'âge moyen est de 35,2 ans.

L'ensemble des dispositifs de surveillance et les enquêtes sociocomportementales font apparaître que les profils des UD sont très fortement marqués par la précarité sociale. Cette précarité est visible dans le domaine de l'emploi et surtout du logement. Le niveau d'études et les antécédents d'incarcération constituent également des indicateurs de la précarité.

En 1998, dans l'enquête PES, 62 % des UD déclarent un domicile privé (chez eux ou chez leurs parents). Cette précarité vis-à-vis du logement s'accroît dans l'enquête Coquelicot puisque seuls 45 % des UD disposent d'un logement stable. Ainsi, 55 % d'entre eux sont dans une situation d'instabilité vis-à-vis du logement, c'est-à-dire qu'ils ne vivent ni chez eux, ni chez un conjoint ou ni chez leurs parents. Et parmi ceux-ci, 19 % sont confrontés à une grande précarité et vivent dans un squat ou dans la rue.

Les UD sont également en situation d'exclusion dans le monde du travail. En 2004, dans l'étude Coquelicot, 65 % d'entre eux ne travaillent pas au moment de l'enquête. Dans le dispositif de DO en 2005, les UD

se caractérisent également par une situation de précarité. Le seul item disponible concerne l'activité professionnelle : plus de la moitié est sans activité au moment du diagnostic du VIH (52 %) et près des trois quarts au moment du diagnostic du sida (69 %). Dans l'enquête PES, en 1998, la question sur l'emploi avait été posée de manière floue afin de favoriser les déclarations relatives à l'emploi non déclaré. Il ressort que seulement un quart des UD disposent de revenus du travail (salaire ou Assedic) et plus de 50 % de revenus de transfert (revenu minimum d'insertion ou allocation adulte handicapé).

Cette instabilité vis-à-vis de l'emploi est en lien avec le faible niveau d'études et les antécédents d'incarcération chez les UD qui ne facilitent pas les trajectoires linéaires dans le monde du travail. Ainsi, en 1998, dans l'enquête PES, 78 % des UD disent avoir arrêté leur scolarité avant le baccalauréat, 11 % déclarent un niveau baccalauréat et 10,5 % un niveau d'études supérieures. Les données issues de l'enquête Coquelicot en 2004 sont quasiment identiques, car 79 % des UD déclarent un niveau d'études secondaires et seuls 12 % sont allés au-delà du baccalauréat. De plus, 1 % dit n'avoir jamais été scolarisé, et 7 % s'être arrêtés en primaire. Les antécédents d'incarcération sont fréquents dans cette population, 63 % des UD ont connu un antécédent d'incarcération au cours de leur vie, dans l'enquête PES en 1998. Ils sont tout aussi nombreux (61 %) dans l'enquête Coquelicot en 2004.

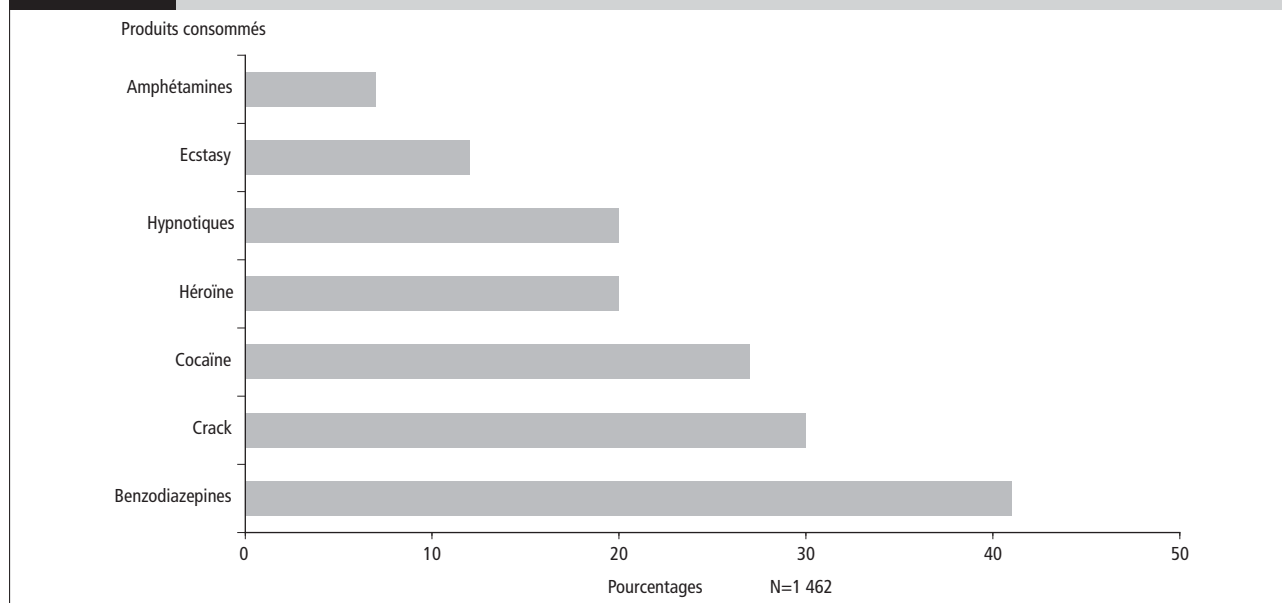
4.2.3.2 Consommation de produits et de médicaments et modalités

Sur les dix dernières années, on note une évolution importante des produits consommés par les UD et des modalités de consommation. Les traitements de substitution qui se sont diffusés à partir de 1994, et en particulier la buprénorphine (Subutex®), sont encore plus largement consommés que les produits illicites. Et parmi les produits illicites, les opiacés (héroïne) ont laissé la place aux stimulants (cocaïne et crack). Ces deux tendances sont liées. Les traitements de substitution réduisent les effets liés au manque d'héroïne ; ils permettent donc aux ex-usagers d'héroïne de ne plus centrer leur vie sur la recherche de ce produit et de se sevrer progressivement. Une des conséquences du développement des traitements de substitution est donc la baisse de la consommation d'héroïne en France. En revanche, un des effets indirects des traitements de substitution est l'augmentation de la consommation des stimulants. En effet, certains consommateurs à la recherche de sensations, ayant résolu le manque lié aux opiacés, vont être tentés d'utiliser des produits stimulants tels que la cocaïne ou le crack pour retrouver des effets psychoactifs.

En 1998, dans l'enquête PES, le Subutex® est le médicament le plus consommé dans le dernier mois (70 % des UD), suivi des benzodiazépines (46 %), des sulfates de morphine (26 %) et de la Méthadone® (15 %). Le premier produit psychoactif consommé dans le dernier mois est l'héroïne (51 %), puis la cocaïne (48 %) et le crack (23 %). En 2004, dans l'enquête Coquelicot, les principaux produits psychoactifs illicites consommés par les UD dans le dernier mois sont le crack/free-base (30 % des UD), la cocaïne (27 %), l'héroïne (20 %) et l'ecstasy (12 %) (figure 3). Les principaux médicaments consommés sont le Subutex® (46 % des UD), les benzodiazépines (40 %), la Méthadone® (27 %), les hypnotiques (20 %), les sulfates de morphine (13 %) et les amphétamines (7 %).

FIGURE 3

PRODUITS ET MÉDICAMENTS CONSOMMÉS DANS LE DERNIER MOIS, COQUELICOT, FRANCE, 2004



En 2004, même si les moins de 30 ans consomment moins fréquemment du crack que les plus de 30 ans (18 % vs 33 %, $p=0,01$), ils se distinguent par une consommation plus fréquente de produits stimulants et hallucinogènes. Ils consomment, en effet, plus souvent de la cocaïne (40 % vs 23 %, $p<10^{-4}$), de l'ecstasy (26 % vs 8 %, $p<10^{-4}$), des amphétamines (14 % vs 5 %, $p<10^{-3}$), du LSD (12 % vs 1 %, $p<10^{-4}$) et des hallucinogènes autres que le LSD (11 % vs 1 %, $p<10^{-4}$).

Il est difficile de comparer les pratiques d'injection entre 1998 et 2004 car l'enquête 1998 porte sur les PES, lieux de distribution de seringues, la part de l'injection y est donc surestimée. En 1998, l'âge moyen à la première injection est de 20,5 ans. Parmi les répondants, 4,7 % ne se font pas d'injection chaque jour, 18,5 % en font une seule, 57,8 % deux, 19 % trois ou plus, la moyenne étant de 3,6 injections pour ceux qui en font chaque jour.

En 2004, dans l'enquête Coquelicot, l'injection a été pratiquée par 70 % des UD au moins une fois dans leur vie. Lors de la première injection, l'âge moyen est de 20,4 ans et la première injection est réalisée par un autre UD dans 83 % des cas. Dans le dernier mois, 40 % des UD ont eu recours à l'injection. Parmi eux, 39 % ont injecté tous les jours, 30 % au moins une fois par semaine et 31 % au moins une fois dans le mois. Les produits les plus fréquemment injectés sont les sulfates de morphine (64 %), la cocaïne (37 %) et l'héroïne (29 %). Les moins de 30 ans sont significativement plus nombreux que les plus de 30 ans à avoir pratiqué l'injection dans le dernier mois (58 % vs 35 %, $p=0,007$).

En 2004, dans l'enquête Coquelicot, la quasi-totalité des UD (98 %) ont sniffé au moins une fois dans leur vie. L'âge moyen au premier sniff est de 20,1 ans. Dans le dernier mois, 37 % ont eu recours au sniff. Parmi eux, 32 % ont sniffé tous les jours, 42 % au moins une fois dans la semaine et 26 % au moins une fois dans le mois. Les moins de 30 ans sont significativement plus nombreux (50 % vs 34 %, $p=0,03$) à avoir sniffé un produit dans le dernier mois.

4.2.3.3 Pratiques à risque

Les UD s'exposent tout particulièrement au risque de transmission des infections virales essentiellement par le biais de certaines pratiques

de partage de matériel de consommation de drogues. De plus, les effets propres à certains produits psychoactifs (baisse de vigilance, sentiment de puissance) et les conditions de vie des UD (précarité, illégalité) les rendent encore plus vulnérables face aux risques infectieux.

Chez les UD, le mode majeur de transmission du VIH et du VHC est le partage de la seringue. Viennent ensuite les risques liés au partage du petit matériel lié à l'injection qui sont en contact avec du sang : le récipient (cuillère), eau et filtre (coton) servant à la préparation du produit. La réutilisation de sa seringue personnelle peut également être considérée comme une pratique à risque indirecte si un élément relatif à la préparation du produit est mis en commun. En dehors de l'injection qui constitue la pratique la plus à risque vis-à-vis de la transmission du VIH et du VHC, il existe des risques liés aux autres modes de consommations (snif, inhalation). Ainsi, le partage de la paille de sniff peut constituer un vecteur de transmission du VHC en raison des lésions nasales liées au sniff et le partage de la pipe à crack peut être une pratique à risque pour la transmission du VIH et tout particulièrement pour le VHC, dans la mesure où des blessures aux mains peuvent survenir lors de la préparation du crack (utilisation d'un cutter et manipulation de fils électriques en cuivre) et des saignements de lèvres peuvent se produire lors de la consommation régulière du crack par voie fumée (utilisation d'un doseur en verre facilement cassable). En cas de saignements importants, le partage de ce type de matériel de consommation entre UD peut alors constituer un vecteur de transmission du VHC.

En 1998, dans l'enquête PES, au cours du dernier mois, 18 % des UD ont partagé une seringue, 70 % le petit matériel (eau, cuillère, coton) et 45 % ont réutilisé leur seringue (3 fois en moyenne). Par ailleurs, plus de la moitié des consommateurs de crack ont partagé le doseur dans le dernier mois. En 2004, dans l'enquête Coquelicot, au cours du dernier mois, les pratiques à risque sont encore largement déclarées puisque 13 % des UD déclarent avoir partagé la seringue, 38 % le petit matériel lié à l'injection (coton, cuillère, eau) et 74 % déclarent avoir réutilisé leur seringue. Le partage de la pipe à crack est extrêmement élevé puisqu'il concerne 81 % des UD.

4.2.4 DISCUSSION/CONCLUSION

L'ensemble des données InVS sont plutôt optimistes concernant la transmission du VIH au sein de la population UD : le faible taux d'infections récentes chez les UD, la faible part des UD dans les découvertes de séropositivité (3 % en 2005) et la baisse de la prévalence (de 19 % en 1998 à 11 % en 2004).

Ces données montrent que les UD se sont emparés des outils de réduction des risques qui ont été mis à leur disposition ces dix dernières années afin de faire diminuer la transmission de ce virus au sein de leur population. Ainsi, dans l'étude Coquelicot, la quasi-absence de contaminations par le VIH chez les moins de 30 ans (0,3 %) tient sans doute à l'impact des actions et messages de réduction des risques qui ont pu se traduire par des changements de normes comportementales individuelles et collectives chez les UD. Le discours de la réduction des risques a certainement été progressivement intériorisé et les comportements ont pu se "normaliser" au moins sur la question du partage de la seringue, comme l'attestent les 13 % de partage dans le dernier mois en 2004 (vs 18 % en 1998 dans l'enquête PES) et le bon niveau de connaissance des UD concernant les risques de transmission du VIH et du VHC liés à cette pratique (plus de 90 % des UD en sont conscients), dans l'enquête Coquelicot en 2004. De plus, on peut supposer que les moins de 30 ans ont commencé à consommer des drogues par voie injectable après que les seringues aient été mises en vente libre en France (1987), mesure dont n'ont pas pu bénéficier les usagers les plus âgés au moment de leur initiation.

Les autres indicateurs relatifs aux UD sont plus préoccupants : la précarité sociale s'accroît, les pratiques de consommation évoluent vers des produits stimulants tels que le crack et la cocaïne qui favorisent les prises de risque vis-à-vis du VIH (synergie des risques, lien avec la sexualité, sentiment de puissance), la pratique d'injection reste fréquente. Et malgré l'amélioration de l'accessibilité au matériel stérile, les pratiques à risque persistent, tant vis-à-vis de l'injection que des autres modes de consommation.

De plus, la séroprévalence du VHC reste très élevée chez les UD (60 %) en 2004 et son importance (28 %) chez les moins de 30 ans est particulièrement préoccupante. Elle résulte d'une combinaison de deux facteurs, une prévalence globale beaucoup plus élevée dans la population UD et une transmissibilité plus élevée du VHC comparée à celle du VIH. Lors de ces pratiques de partage de matériel d'usage, les UD sont exposés à un contact sanguin. Comme le VIH, le VHC se transmet surtout par le partage de seringues chez les UD. Néanmoins, le VHC se transmet plus facilement que le VIH [4]. Le virus de l'hépatite C

est plus résistant à la dessiccation que le VIH. Plusieurs études ont montré que la transmission du VHC chez les UD était également liée au partage du matériel de préparation (eau, filtre, cuillère) et au fait d'injecter des drogues [5,6]. Ainsi, dans la cohorte d'UD recrutés dans le Nord et l'Est de la France [7], après ajustement sur le partage de la seringue, le partage du coton utilisé pour la préparation de l'injection restait fortement associé à la séroconversion au VHC. De ce fait, la transmission du VHC peut se produire pour un nombre d'injections et de partages plus faible que pour le VIH et peut concerner des UD n'ayant injecté qu'une seule fois dans leur vie. Dans l'étude Coquelicot, le niveau de partage du petit matériel reste très élevé (38 %). De plus, il ressort que 35 % des UD ignorent que le partage du petit matériel est une pratique à risque de transmission pour le VHC alors qu'il est confirmé que cette pratique est un vecteur de contamination du VHC [8].

L'importance de la séroprévalence du VHC chez les moins de 30 ans indique des contaminations rapides après le début de l'usage. Le moment de l'initiation constitue un moment particulièrement à risque pour la transmission du VHC car les jeunes UD sont souvent initiés à l'injection par des pairs plus âgés et donc probablement infectés par le VHC [9]. Dans l'étude Coquelicot, l'initiation a été réalisée par un tiers dans 83 % des cas. Étant donné la prévalence très élevée du VHC (60 %) dans la population UD, l'initiateur peut potentiellement être contaminé par le VHC, ne pas être conscient de sa contamination (27 % pensent être négatifs pour le VHC à tort) et constituer un vecteur de transmission par le VHC pour l'initié. La fréquence de l'initiation à l'injection par des tiers plus âgés et la persistance des comportements à risque constituent des conditions favorables à la persistance de la transmission du VHC mais aussi du VIH, en particulier chez les plus jeunes UD. Il apparaît donc que la contamination par le VHC se produit souvent au début du recours à la voie intraveineuse [10,11].

Comme l'indiquaient déjà les données disponibles sur l'hépatite C chez les UD en France et à l'étranger, l'enquête Coquelicot indique que la politique de réduction des risques actuelle, si elle a fait preuve de son efficacité pour le VIH, n'a que peu d'impact pour le moment sur le VHC. Il est donc nécessaire d'adapter la politique de réduction des risques et de la compléter par de nouvelles mesures, dont certaines nécessiteront d'être évaluées. Parmi les mesures à envisager, les plus prioritaires sont d'améliorer l'accessibilité au matériel d'injection stérile et de faire évoluer les messages de prévention en ciblant les évolutions de pratiques et les nouveaux publics et en prenant en compte le contexte de consommation. Il convient enfin de prendre en compte le contexte de vie des UD en agissant de manière urgente sur la prise en charge de la précarité chez les UD car cette précarité renforce leur vulnérabilité face aux risques infectieux.

Recommandations

Poursuivre la diffusion de messages sur les risques liés au partage de la seringue.
Insister sur les risques liés au partage du petit matériel (coton, cuillère, eau de préparation).
Viser à éradiquer la réutilisation de sa propre seringue "Une injection, une seringue".
Diffuser des messages insistant sur les risques de transmission du VIH et du VHC lors du moment de l'initiation et cibler ces messages, tant du côté de l'initié que de l'initiateur.
Adapter les messages de prévention à la population des jeunes UD.
Prévenir le passage à l'injection chez les UD qui ne s'injectent pas encore.

Même si les modes majeurs de transmission du VHC sont liés à la pratique d'injection, d'autres pratiques peuvent exposer les UD aux risques ; il convient donc de :

- diffuser des messages de prévention spécifiques autour des risques de transmission du VHC liés au partage de la pipe à crack et de la paille de snif ;
- promouvoir des outils adaptés de prévention en lien avec l'usage de crack.

Nous tenons à remercier tout particulièrement Julien Emmanuelli, responsable du programme usagers de drogues au Réseau national de santé publique, puis à l'Institut de veille sanitaire, de 1996 à 2004, et France Lert, pour son soutien scientifique dans le cadre de l'ANRS.

Nous remercions l'ensemble des personnes impliquées dans le suivi du terrain et l'analyse des données des deux enquêtes (cf. principales publications relatives aux usagers de drogues). Nous remercions également tous les usagers de drogues, les professionnels des dispositifs spécialisés et les médecins généralistes ayant participé aux enquêtes PES et Coquelicot.

MÉTHODOLOGIE

• Enquête PES (1998)

En 1998, l'InVS a mis en place une enquête ponctuelle intitulée étude PES. Les objectifs de cette enquête étaient de décrire les caractéristiques sociodémographiques des usagers de drogues intraveineux (UDIV) fréquentant les PES, de mesurer leurs conduites à risque et d'en identifier les facteurs associés. Il s'agissait également de disposer de données pouvant contribuer à évaluer l'impact de la réduction des risques en France.

Cette enquête transversale a été menée dans les services ou associations implantés dans des régions globalement concernées par l'usage de drogue, déclarant comme activité principale la distribution de seringues et ceci, à un seuil supérieur à 1 000 seringues par an. Au total, sur les 76 PES dont l'activité représentait 95 % des seringues délivrées par l'ensemble des PES, 60 ont participé à l'étude. Les critères d'inclusion étaient définis par la demande de seringues pour un usage personnel. Mille quatre UD ont participé à l'enquête, soit un taux de participation de 50 %.

Compte tenu de la fréquentation régulière des PES par une grande partie des UDIV, l'enquête a été réalisée durant une semaine. Le questionnaire utilisé portait sur les caractéristiques sociodémographiques des UDIV, l'ancienneté de l'usage, les consommations de produits, les comportements à risque liés à l'usage intraveineux de drogues et à la sexualité, et les contacts avec le dispositif de soins spécialisés en toxicomanie dans les 6 derniers mois. Les questionnaires étaient auto-administrés ou passés avec l'aide d'un membre de l'équipe en cas de difficulté de compréhension.

Pour tenir compte de la variabilité du taux de participation selon les centres, des prévalences pondérées et leurs intervalles de confiance à 95 % (IC95 %) ont été calculés pour les différentes variables en utilisant le mode C-Sample du logiciel Epi-Info version 6.02. Le poids attribué à chaque observation était l'inverse du taux de participation de la structure dans laquelle le questionnaire avait été complété.

• Enquête InVS-ANRS Coquelicot (2004)

Jusqu'en 2004, les données de prévalence du VIH et du VHC chez les UD en France étaient issues de données déclaratives et portaient sur des échantillons non aléatoires. Aucune estimation de la prévalence du VIH et du VHC chez les UD n'était disponible en France à partir de données biologiques et portant sur un échantillon aléatoire. Il était donc difficile d'évaluer l'impact de la politique de réduction des risques sur ces deux virus en population UD. En 2004, l'InVS a donc initié une enquête de séroprévalence auprès d'UD, cofinancée par l'Agence nationale de recherches sur le sida (ANRS) et réalisée en collaboration avec l'Institut national des études démographiques (Ined) et le Centre national de référence (CNR) du VIH de Tours.

Les objectifs de cette étude étaient de fournir les principaux résultats de la prévalence du VIH et du VHC chez les UD à partir de données biologiques, de décrire les caractéristiques de la population UD, leurs consommations de produits psychoactifs et leurs modalités et d'identifier leurs pratiques à risque.

Le recueil des données qui s'est déroulé de septembre à décembre 2004 consiste en un questionnaire sociocomportemental administré à l'UD par un enquêteur professionnel et en un autoprélèvement de sang au doigt. Les sujets inclus sont des UD volontaires ayant injecté et/ou sniffé au moins une fois dans leur vie. Cette enquête est multivilles (Lille, Strasbourg, Paris, Bordeaux, Marseille) et le recrutement des UD s'est effectué dans l'ensemble des services issus de la chaîne thérapeutique spécifique aux UD (centre de soins spécialisés pour toxicomanes, centres de post-cure, appartements thérapeutiques, Sleep-in, boutiques, PES, équipes de rue) et chez les médecins généralistes prescripteurs de traitements de substitution aux opiacés.

Pour obtenir des données de séroprévalence, des échantillons biologiques sur buvard ont été recueillis auprès des UD interrogés sans restitution individuelle des résultats. Pour compenser cette absence de restitution, les investigateurs se sont engagés à fournir des informations aux UD sur l'intérêt à se faire dépister et soigner, et à faire orienter les UD qui le souhaitaient vers les intervenants spécialisés afin de favoriser la démarche de dépistage. Le Comité consultatif de protection des personnes dans le cadre de la recherche biomédicale (CCPPRB) de Créteil a émis un avis favorable définitif avec bénéfice individuel direct pour l'étude. Le recueil des données a pu alors se dérouler dans le cadre d'un protocole aménagé conciliant le respect des personnes par l'information individuelle et le conseil aux personnes incluses ; et l'intérêt de la santé publique, par la réalisation d'une enquête permettant d'obtenir des informations séro-épidémiologiques jusque-là non disponibles.

Concernant les services, pour chaque ville, une base de sondage des services par demi-journée d'ouverture a été constituée. Un certain nombre (basé sur les files actives déclarées par les services) de couples (services, demi-journée) ont été tirés au sort par un sondage aléatoire simple sans remise, permettant de constituer un calendrier des visites au cours de la période d'enquête. Au sein de chaque service, les UD étaient tirés au sort de manière aléatoire, à l'exception des hébergements où tous les usagers étaient interrogés. Concernant les médecins, un sondage aléatoire à deux degrés a été appliqué dans chaque ville. Au premier degré, un sondage aléatoire simple des médecins prescripteurs, avec stratification sur le volume de prescription de traitements de substitution aux opiacés (gros/moyen prescripteurs) a été mis en place. Puis, au second degré, tous les UD étaient enquêtés. Un poids de sondage a été affecté à chaque usager, en prenant en compte ses fréquentations au cours de l'enquête, dans tous les services participants. La méthode généralisée du partage des poids a été appliquée [12].

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Stata.V.8.2. Les comparaisons ont été effectuées avec le test du Khi-2, avec un seuil à 0,05. Tous les résultats présentés dans cet article sont des estimations et portent sur la population des UD pris en charge dans les dispositifs spécialisés et chez les médecins généralistes dans les cinq villes (Lille, Strasbourg, Paris, Bordeaux, Marseille). L'analyse des buvards a été réalisée par le CNR VIH de Tours à partir de tests Elisa pour le VIH et le VHC.

■ RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Jauffret-Roustide M. Les drogues : approche sociologique, économique et politique. Paris : La Documentation Française. 2004.
- [2] Couzigou C, Pinget R, Le Strat Y, Pillonel J, Vittecoq D, Semaille C. Survie des patients atteints de sida diagnostiqués dans les hôpitaux parisiens : facteurs pronostiques et évolution, 1994-2001. *Bull Epidemiol Hebd* 2005;23:112-4.
- [3] Larsen C, Pialoux G, Salmon D, Antona D, Piroth L, Le Strat Y, *et al.* Prévalence des co-infections par les virus des hépatites B et C dans la population VIH+, France, juin 2004. *Bull Epidemiol Hebd* 2005;23:109-12.
- [4] Center for Disease Control. Recommendations for prevention and control of hepatitis C virus (HCV) infection and HCV-related chronic disease. *MMWR* 1998;47:6-7.
- [5] Mac Coy CB, Chitwood D, Shapshak P, Comerford ST. Parenteral transmission of HIV among injection drug users: assessing the frequency of multiperson use of needles, syringes, cookers, cotton, and water. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 1998; vol.18, S1:S25-S29.
- [6] Tortu S, McMahon JM, Pouget ER, Hamid R. Sharing of noninjection drug use implements as a risk factor for hepatitis C. *Substance use & misuse* 2004; 39,2:211-24.
- [7] Lucidarme D, Bruandet A, Illef D, Harbonnier J, Jacob C, Decoster A, *et al.* Incidence and risk factors of HCV and HIV infections in a cohort of intravenous drug users in the North and East of France. *Epidemiol Infect* 2004;132(4):699-708.
- [8] Hagan H, Thiede H, Weiss NS, Hopkins SG, Duchin JS, Alexander ER. Sharing of drug preparation equipment as a risk factor for hepatitis C. *Am J Public Health* 2001;91:42-6.
- [9] Vidal-Trecan G, Varescon Pousson I, Gagnere B, Tchery-Lessenot S, Madariaga E, Boissonnas A. Association between first injection risk behaviors and hepatitis C seropositivity among injecting drug users. *Annales de médecine interne* 2002;153,4:219-25.
- [10] Novelli A, Sherman SG, Havens JR, Strathdee SA, Sapun M. Circumstances surrounding the first injection experience and their association with future syringe sharing behaviours in young urban injection drug users. *Drug and Alcohol Dependence* 2005;77:303-9.
- [11] Garfein RS, Vlahov D, Galai N, Doherty MC, Nelson KE. Viral infections in short-term injection drug users: the prevalence of hepatitis C, hepatitis B, Human Immunodeficiency and Human T-lymphotropic viruses. *Am J of Public Health* 1996;86:655-61.
- [12] Lavallée P. Le sondage indirect ou la méthode généralisée du partage des poids. Éditions de l'Université de Bruxelles. Ellipses. 2002.

Principales publications relatives aux usagers de drogues, InVS

- Jauffret-Roustide M, Couturier E, Le Strat Y, Barin F, Emmanuelli J, Semaille C, Quaglia M, Razafindratsima N, Vivier G, Oudaya L, Lefevre C, Desenclos JC. Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004, *Bull Epidemiol Hebd* 2006;33:244-7.
- Jauffret-Roustide M, Emmanuelli J, Desenclos JC. L'impact limité de la réduction des risques sur la transmission du VHC chez les usagers de drogues. L'exemple de l'étude ANRS-Coquelicot. *RESP* 2006(54):1S53-1S60.
- Jauffret-Roustide M, Emmanuelli J, Quaglia M, Arduin P, Laporte A, Desenclos JC. Impact of a harm reduction policy on HIV and HCV transmission among drug-users. Recent French Data. The ANRS-Coquelicot Study. *Substance Use and Misuse* 2006, vol.41(10-12):1603-22.
- Emmanuelli J, Jauffret-Roustide M, Barin F. Épidémiologie du VHC chez les usagers de drogues. *Bull Epidemiol Hebd* 2003;16-17:97-9.
- Emmanuelli J, Desenclos JC. Harm reduction interventions, behaviours and associated outcomes, 1996-2003. *Addiction* 2005(100):1690-700.
- Valenciano M, Emmanuelli J, Lert F. Unsafe injecting practices among attendees of syringe exchange programmes in France. *Addiction*. 2001;96(4): 597-606.
- Emmanuelli J, Lert F, Valenciano M. Caractéristiques sociales, consommations et risques chez les usagers de drogue fréquentant les programmes d'échange de seringues en France. Rapport InVS-Inserm U88. 1999.

4.3 - Les personnes de nationalité étrangère face au VIH/sida

Rédigé par Florence Lot (f.lot@invs.sante.fr)

Les points clés

- **Augmentation du nombre de cas de sida chez les personnes de nationalité étrangère entre 1998 et 2002, puis diminution entre 2002 et 2005.**
- **Diminution du nombre de découvertes de séropositivité VIH chez les femmes de nationalité étrangère entre 2003 et 2005, malgré une poursuite des flux migratoires en provenance d'Afrique et une amélioration récente du dépistage dans cette population.**
- **40 % d'étrangers parmi les découvertes de séropositivité VIH en 2005 (30 % de personnes d'Afrique subsaharienne et 10 % de personnes d'une autre nationalité).**
- **Population marquée par une grande précarité.**
- **Une partie des contaminations se produisent en France, d'où l'importance de la poursuite des campagnes de prévention ciblées.**

4.3.1 INTRODUCTION

Depuis la fin des années quatre-vingt-dix, les caractéristiques des populations touchées par l'épidémie de VIH/sida, en France comme dans d'autres pays européens, se sont modifiées avec une proportion croissante de personnes originaires de pays d'endémie, et en particulier d'Afrique subsaharienne.

Les données de la déclaration obligatoire, analysées en fonction de la nationalité des personnes touchées, permettent, pour le sida, de disposer de tendances sur une longue période, de connaître les pathologies inaugurales de la maladie et de caractériser un sous-groupe de personnes développant le sida sans avoir été dépistées ou sans avoir été prises en charge. La surveillance du VIH est pertinente pour analyser les caractéristiques de la population découvrant sa séropositivité et le recul de trois années complètes permet, désormais aussi, une analyse des tendances temporelles récentes.

Caractérisation des étrangers/migrants dans les données de la déclaration obligatoire

Depuis la mise en place de la surveillance épidémiologique du sida dans les années quatre-vingt, la nationalité des personnes touchées a toujours été recueillie sur les fiches de déclaration obligatoire, permettant ainsi de caractériser la population étrangère.

Depuis 2003 et la mise en place de la notification obligatoire du VIH, peut aussi être caractérisée la population née à l'étranger, grâce au recueil du pays de naissance. Cette variable n'a pour l'instant pas été utilisée dans l'analyse des données, mais la pertinence du choix du pays de naissance par rapport à la nationalité peut néanmoins être discutée.

Quelle que soit la nationalité considérée, plus de 95 % des personnes de nationalité étrangère découvrant leur séropositivité sont nées dans le pays correspondant à leur nationalité (exemple, 96 % des personnes de nationalité d'un pays d'Afrique du Nord sont nées en Afrique du Nord). Par contre, parmi les personnes nées dans un pays étranger, le fait d'être de nationalité étrangère varie selon les pays : 69 % des personnes nées en Afrique du Nord sont de nationalité d'un pays d'Afrique du Nord, alors que 92 % des personnes nées sur le continent américain sont de nationalité d'un pays d'Amérique. Pour les personnes nées en Afrique subsaharienne, 87 % sont de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne.

Ainsi, nationalité et pays de naissance sont assez superposables, en dehors de l'Afrique du Nord où l'analyse par nationalité sous-estime la population originaire du Maghreb. À l'inverse, une analyse par pays de naissance pourrait aussi surestimer la population originaire d'une zone géographique, sachant que des personnes françaises peuvent être nées à l'étranger.

Suite à une évaluation du dispositif de notification obligatoire du VIH depuis sa mise en place, plusieurs propositions ont été faites afin, notamment, de pouvoir recueillir la nationalité à la naissance. Une autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) a été donnée fin décembre 2006 et permettra de demander, désormais, cette information sur les fiches de notification obligatoire.

L'analyse de l'ensemble des trois variables (nationalité à la naissance, nationalité actuelle et pays de naissance) permettra de définir la population immigrée (personnes nées étrangères dans un pays étranger).

4.3.2 RÉSULTATS

4.3.2.1 Tendances temporelles du sida et du VIH

Tendances globales du sida

La place des étrangers dans l'épidémie de sida en France n'est pas nouvelle, mais a pris de l'ampleur depuis la fin des années quatre-vingt-dix. Entre 1996 et 2005, elle s'est schématiquement articulée autour de trois phases (figure 1).

Avec la diffusion des nouvelles thérapeutiques antirétrovirales au cours de l'année 1996, l'incidence du sida a diminué de façon considérable cette année-là. Cette diminution a été moins marquée chez les

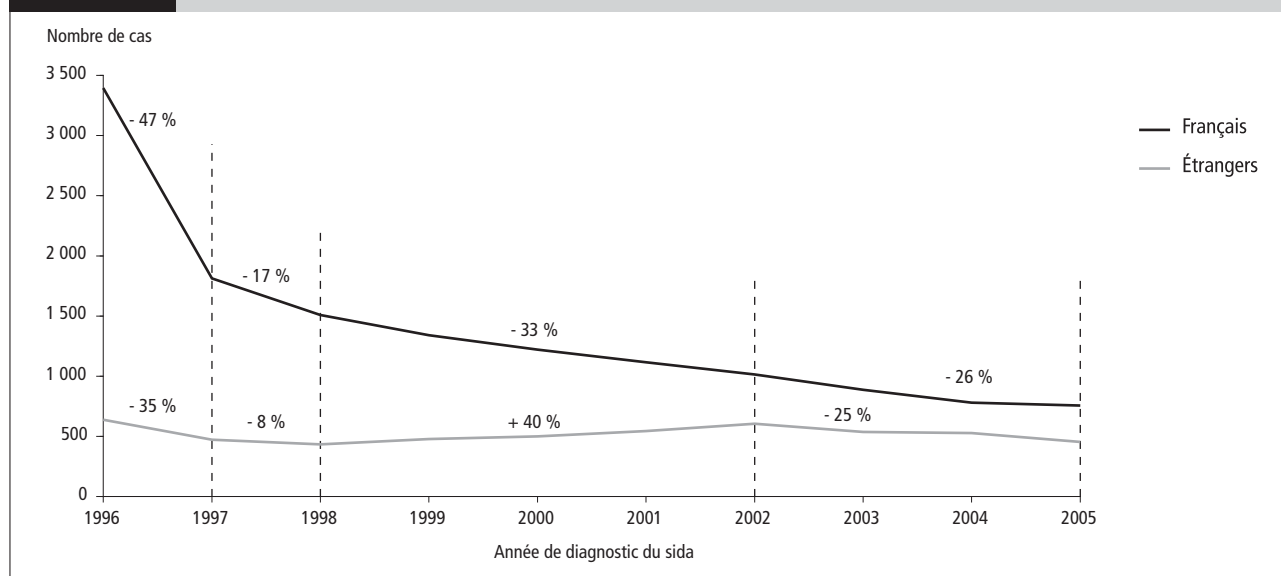
personnes de nationalité étrangère (-35 % entre 1996 et 1997) par rapport à celles de nationalité française (-47 %). Cette différence en fonction de la nationalité a aussi été observée entre 1997 et 1998.

Une augmentation du nombre de cas de sida a ensuite été constatée dans la population étrangère, dès 1999 et jusqu'en 2002 (augmentation de 40 % entre 1998 et 2002), alors que le nombre de cas continuait à diminuer chez les Français (pourcentage de diminution annuelle aux alentours de 10 %).

Entre 2002 et 2005, une diminution du nombre de cas de sida chez les personnes de nationalité étrangère est à nouveau constatée et elle est comparable à celle observée chez les personnes de nationalité française.

FIGURE 1

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE CAS DE SIDA CHEZ LES PERSONNES DE NATIONALITÉS FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE ENTRE 1996 ET 2005 (DONNÉES AU 31/03/2006 REDRESSÉES POUR LES DÉLAIS DE DÉCLARATION)



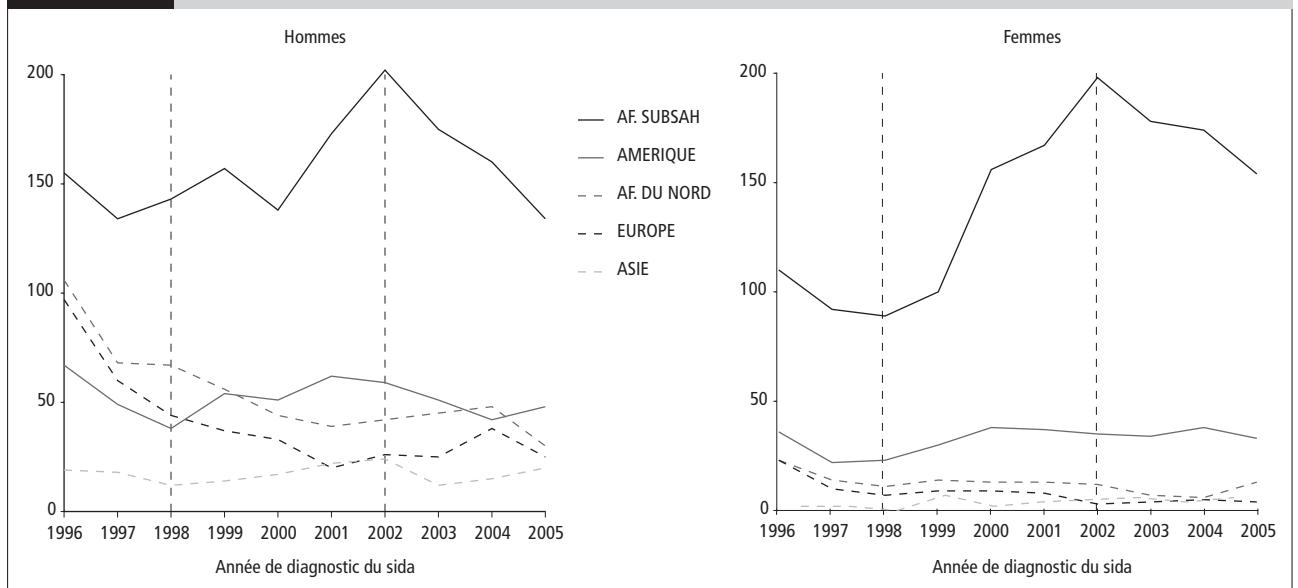
Évolution des cas de sida par sexe et nationalité

L'augmentation du nombre de personnes de nationalité étrangère atteintes de sida entre 1998 et 2002 a essentiellement concerné les femmes (+95 % entre 1998 et 2002), alors que le nombre de cas est resté relativement stable chez les hommes.

L'augmentation la plus importante a touché les femmes d'Afrique subsaharienne (+122 % entre 1998 et 2002 pour atteindre 200 cas) et, dans une moindre mesure, les femmes haïtiennes dont le nombre est beaucoup plus faible (+71 % pour atteindre 24 cas en 2002, figure 2).

FIGURE 2

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE CAS DE SIDA CHEZ LES HOMMES ET FEMMES DE NATIONALITÉ ÉTRANGÈRE ENTRE 1996 ET 2005 (DONNÉES AU 31/03/2006 REDRESSÉES POUR LES DÉLAIS DE DÉCLARATION)



Les principaux pays concernés par cette augmentation ont été le Mali (+228 % entre 1998 et 2002), le Cameroun et le Congo-Brazzaville (+152 %), la Côte d'Ivoire (+90 %) et la République Centrafricaine (+79 %). L'augmentation du nombre de cas pour les personnes sénégalaises a été beaucoup moins marquée (+31 %).

Ces augmentations ont pu être mises en lien avec un accroissement des flux migratoires en provenance de ces pays (notamment du Cameroun et du Congo) et une prévalence du VIH chez les adultes élevée en République Centrafricaine, en Côte d'Ivoire, au Cameroun et au Congo (respectivement 14 % fin 1999, 11 %, 8 % et 6 %). La prévalence est par contre plus faible au Sénégal, de l'ordre de 2 % en 1999 [1].

À l'inverse, le nombre de cas de sida est resté stable chez les personnes de la République démocratique du Congo entre 1998 et 2002 et, parallèlement, les flux migratoires ont peu augmenté sur la période. La situation est un peu particulière pour le Mali, puisque le flux migratoire a été très élevé en 1998, puis moindre les années suivantes,

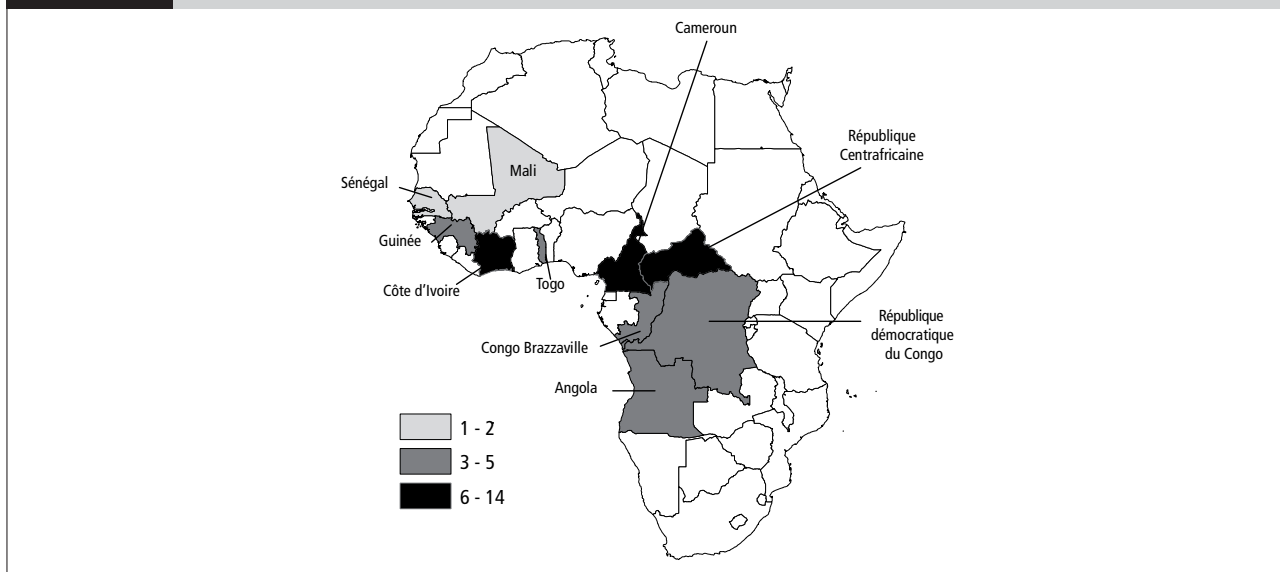
alors que la prévalence du VIH est dans ce pays "relativement" faible (2 %).

Entre 2002 et 2005, la diminution des cas de sida est constante quelle que soit la nationalité chez les hommes (en dehors de l'Europe de l'Ouest où on observe une tendance à l'augmentation liée à des personnes de nationalité portugaise et espagnole). Chez les femmes, la diminution n'est observée que chez les Africaines.

Au sein des personnes d'Afrique subsaharienne (hommes et femmes), la diminution est observée pour l'ensemble des nationalités les plus représentées (Côte d'Ivoire, Congo-Brazzaville, Mali, République Démocratique du Congo, Sénégal, Guinée et Angola). Par contre, le nombre de cas de sida est relativement stable chez les personnes camerounaises. À noter, une tendance à l'augmentation du nombre de cas chez les personnes togolaises (même si les effectifs restent faibles). Les prévalences fin 2003 dans ces pays d'Afrique ont peu varié par rapport à celles de 1999 (figure 3).

FIGURE 3

TAUX DE PRÉVALENCE DU VIH (EN %) ESTIMÉS DANS LA POPULATION ADULTE FIN 2003, DANS LES PAYS D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE LES PLUS REPRÉSENTÉS DANS L'ÉPIDÉMIE DE VIH/SIDA EN FRANCE (SOURCE ONUSIDA)



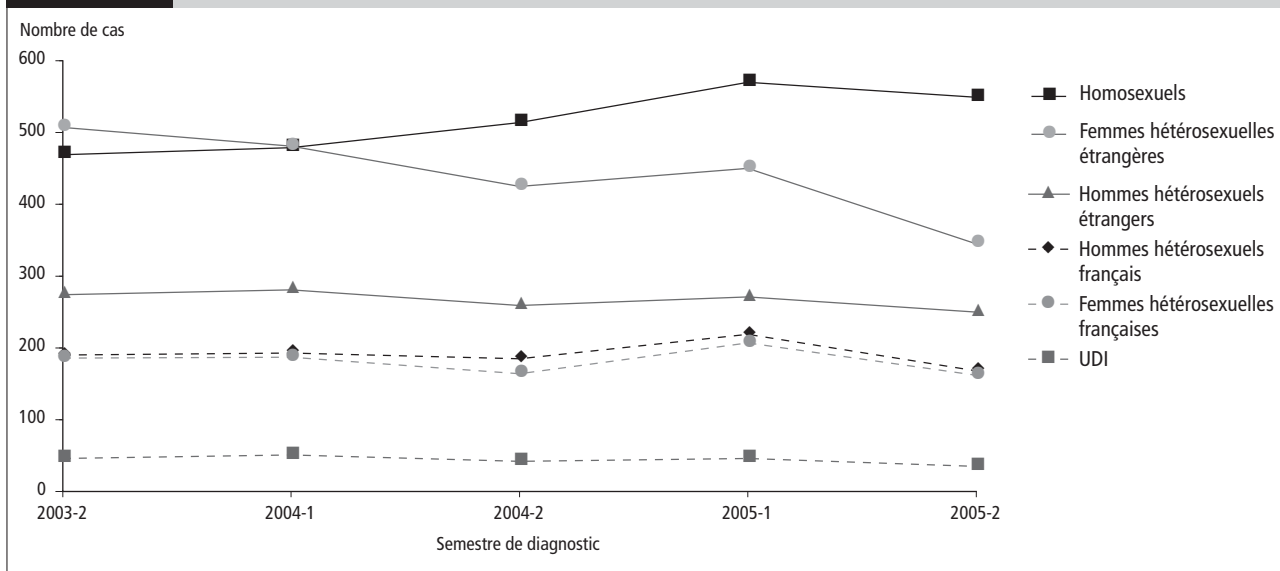
Tendances récentes du VIH

Concernant les tendances récentes du VIH, le seul groupe pour lequel on observe une diminution du nombre de découvertes de séropositivité

entre 2003 et 2005 est celui des femmes de nationalité étrangère, et notamment des femmes africaines, tandis que le nombre de cas reste stable chez les hommes étrangers (figure 4).

FIGURE 4

NOMBRE DE DÉCOUVERTES DE SÉROPOSITIVITÉ VIH PAR MODE DE CONTAMINATION, SEXE, NATIONALITÉ ET SEMESTRE DE DIAGNOSTIC (DONNÉES AU 31/03/2006 REDRESSÉES POUR LES DÉLAIS DE DÉCLARATION)



4.3.2.2 Importance de chaque nationalité

Sur 4 400 personnes ayant découvert leur séropositivité VIH en 2005, 40 % sont de nationalité étrangère : 30 % ont la nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne, 4,7 % du continent américain, 2 % d'Afrique du Nord, 1,6 % d'Europe de l'Ouest, 1 % d'Asie et 0,6 % d'Europe Centrale ou de l'Est. Dans 46 % des cas, il s'agit de personnes françaises et la nationalité reste inconnue dans 14 % des cas.

On observe une nette disparité selon le sexe, 58 % des femmes et 29 % des hommes étant de nationalité étrangère.

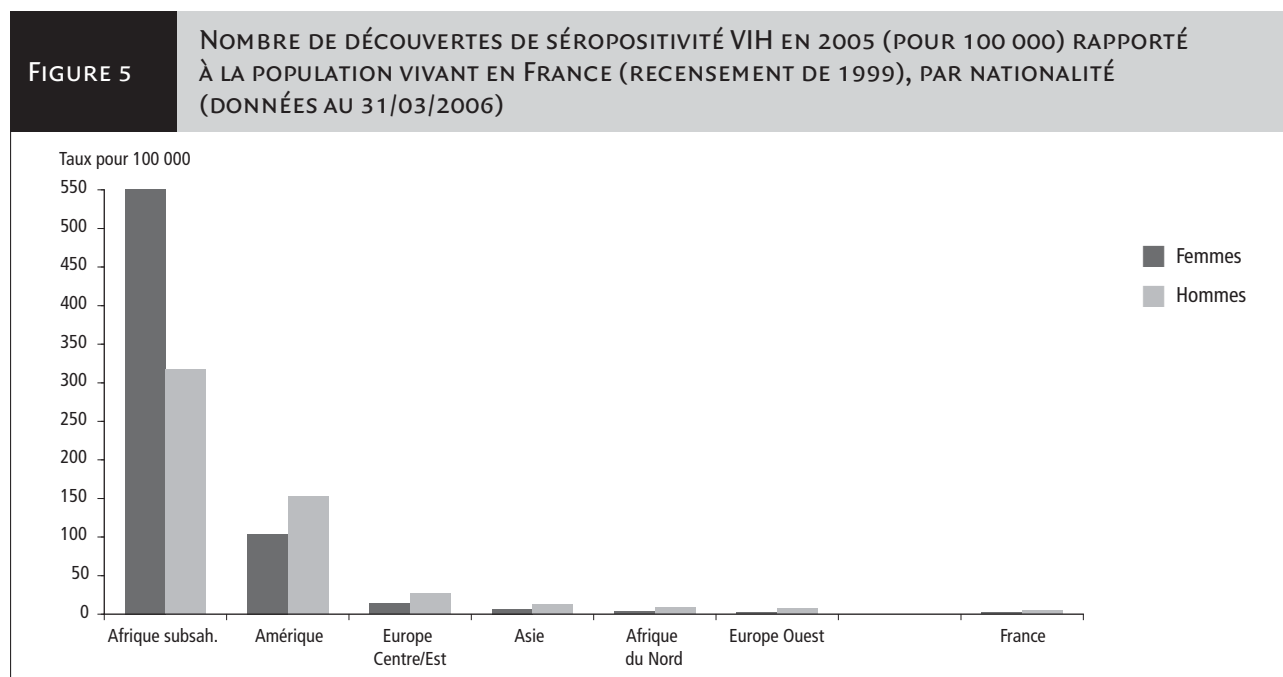
La part des étrangers parmi les personnes ayant développé un sida (38 %) en 2005 est assez proche de celle parmi les découvertes de séropositivité ; la comparaison est cependant limitée car le pourcentage de nationalités inconnues est quasiment nul à ce stade de la maladie (1 %).

Le "poids" de chaque nationalité dans l'épidémie de VIH/sida en France peut surtout être étudié en rapportant le nombre de découvertes de séropositivité au nombre de personnes vivant en France. On constate que la population d'Afrique subsaharienne reste largement touchée par le VIH, et notamment les femmes (figure 5).

Les taux observés pour les personnes de nationalité d'un pays d'Amérique sont liés à la situation particulière des Départements

français d'Amérique (DFA). En Guyane, 60 % des découvertes de séropositivité en 2005 concernent des étrangers, en particulier d'Haïti et du Surinam, mais aussi du Guyana et du Brésil. En Guadeloupe, ce sont 55 % des séropositivités VIH qui sont découvertes chez des étrangers, essentiellement des Haïtiens.

Les taux observés pour les autres nationalités étrangères ou pour les personnes de nationalité française sont beaucoup plus faibles.



4.3.2.3 Prévalence dans les populations étrangères

Peu de données de prévalence du VIH sont disponibles dans la population étrangère vivant en France.

Des données maintenant anciennes existent néanmoins chez les femmes enceintes, en fonction de leur pays de naissance, grâce à l'enquête Prevagest réalisée entre 1991 et 1997 en région parisienne [3]. Le taux de prévalence du VIH retrouvé en 1997 chez les femmes enceintes était environ huit fois plus élevé chez les femmes nées en Afrique subsaharienne par rapport aux femmes nées en France métropolitaine (2,2 % [IC95 % : 1,31-3,08] vs 0,28 % [IC95 % : 0,15-0,41]). Pour les femmes nées dans les Caraïbes (y compris dans les DFA), le taux de prévalence du VIH était aussi plus élevé, mais de façon non significative (0,83 % [IC95 % : 0,17-2,43]). La prévalence chez les femmes nées dans un des pays du Maghreb était par contre proche de celle des femmes françaises.

L'enquête réalisée auprès des personnes ayant recours à un dépistage dans le cadre des Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) en 2004 a fourni des données plus récentes [4]. La prévalence de l'infection VIH était nettement plus élevée chez les immigrants originaires d'Afrique subsaharienne (4,8 % [IC95 % : 1,9-7,7]) et de pays autres (0,93 % [IC95 % : 0-1,9]) que chez les Français (0,24 % [IC95 % : 0,09-0,38]) (cf. chapitre 2.2).

La prévalence des co-infections VIH/VHC ou VIH/VHB est connue grâce à l'enquête nationale de prévalence sur le VIH et les virus des hépatites,

qui a eu lieu en 2004 [5]. Parmi les personnes nées en Afrique subsaharienne et séropositives pour le VIH, 10,2 % [IC95 % : 7,2-14,4] étaient porteuses d'au moins un des marqueurs sériques du VHC (anticorps anti-VHC ou ARN VHC) vs 24,3 % pour l'ensemble de la population VIH+ et 10,8 % [IC95 % : 7,7-14,9] étaient porteuses chroniques du VHB (AgHBs ou ADN VHB) vs 7,0 % dans la population VIH+. Les co-infections par le VHC ou le VHB étaient donc à des niveaux comparables dans la population d'Afrique subsaharienne séropositive pour le VIH, la prévalence du VHB étant celle observée dans ce continent. La prévalence du VHC est plus faible que celle observée pour les autres pays de naissance, l'usage de drogues par voie intraveineuse étant beaucoup moins fréquent parmi les personnes nées en Afrique subsaharienne.

4.3.2.4 Caractéristiques des étrangers pour lesquels un diagnostic d'infection VIH ou de sida a été posé en 2005

L'âge moyen des personnes de nationalité étrangère, au diagnostic de sida, a significativement augmenté entre 1996 et 2005 chez les hommes, passant de 39,5 ans à 42,8 ans. L'âge des femmes est resté stable, de 35,2 ans en moyenne à 36,3. Cette différence d'évolution de l'âge pourrait être expliquée par le fait que l'augmentation du nombre de cas de sida a été plus importante chez les femmes étrangères que chez les hommes et, par conséquent, que le renouvellement de la population féminine a été plus important.

Les personnes de nationalité étrangère sont plus jeunes que les françaises, ceci est particulièrement vrai chez les femmes d'Afrique subsaharienne dont la moyenne d'âge à la découverte de la

séropositivité est de 32,1 ans vs 38,2 chez les femmes françaises. La différence d'âge entre hommes africains et hommes français est moins marquée (37,9 ans vs 40,1 ans).

Le mode de contamination des personnes d'Afrique subsaharienne est quasi exclusivement hétérosexuel (pour 81 % d'entre elles), 1,8 % ont été contaminées par des rapports homosexuels et 0,4 % par usage de drogues (le mode de contamination est inconnu dans 17 % des cas). Ce profil de transmissions est aussi observé chez les personnes haïtiennes.

Pour l'Europe de l'Ouest, les découvertes de séropositivité chez les homosexuels sont plus nombreuses que chez les personnes contaminées par rapports hétérosexuels. En revanche, les diagnostics VIH chez les personnes d'Europe de l'Est concernent presque un tiers d'usagers de drogues.

Pour les autres nationalités, les contaminations par rapports hétérosexuels concernent entre la moitié et les deux tiers des découvertes de séropositivité, tandis que les rapports homosexuels concernent entre un quart et un tiers d'entre elles. À noter que chez les personnes d'Afrique du Nord, on observe une proportion croissante d'homosexuels (6 % en 2003 et 19 % en 2005).

La grossesse est un moment privilégié pour le diagnostic de l'infection VIH, puisque 20 % des femmes étrangères ont découvert leur séropositivité en 2005 alors qu'elles étaient enceintes vs 14 % des femmes françaises. Chez les femmes haïtiennes, ce sont même un tiers d'entre elles qui ont été dépistées lors d'une grossesse.

Chez les personnes ayant un retard aux soins, le pourcentage de découvertes de séropositivité à l'occasion d'une grossesse est de fait encore plus élevé, il concerne 36 % des femmes d'Afrique subsaharienne dans l'enquête "Retard" [2].

La proportion d'étrangers parmi les découvertes de séropositivité varie d'une région à l'autre. En 2005, elle est supérieure à 30 % dans plusieurs régions (l'Alsace, le Centre, la Picardie, le Nord-Pas-de-Calais et la Haute-Normandie), supérieure à 40 % dans les DFA et supérieure à 50 % en Île-de-France (IDF). Les populations les plus représentées sont celles d'Afrique subsaharienne, sauf bien sûr dans les DFA. À noter que dans plusieurs régions comme Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) et Languedoc-Roussillon, les personnes d'Afrique du Nord représentent une part non négligeable parmi les étrangers ayant découvert leur séropositivité.

Plus de la moitié des étrangers et des Africains ayant découvert leur séropositivité en 2005 sont domiciliés en IDF (respectivement 56 % et 61 %).

4.3.2.5 Indicateurs de précarité

En 2005, nombre d'étrangers (73 %) sont sans activité professionnelle au moment de la découverte de leur séropositivité (par comparaison, ce pourcentage est de 36 % chez les Français). Le sous-emploi concerne tout particulièrement les femmes étrangères (83 % sont sans emploi) et relativement moins les hommes étrangers (62 % sont sans emploi). Ces chiffres peuvent paraître élevés, mais ils pourraient être liés en partie à une immigration récente, car le sous-emploi est moins important au moment du diagnostic de sida (73 % chez les femmes étrangères et 55 % chez les hommes étrangers). Des chiffres assez comparables sont aussi retrouvés dans la population africaine de l'enquête "Retard", où environ trois quarts des femmes et la moitié des hommes sont sans activité professionnelle [2] (cf. chapitre 2.3).

En 2005, au moment de la découverte de la séropositivité, plus de femmes étrangères occupent la profession d'employées par rapport aux femmes françaises et plus d'hommes occupent un emploi d'ouvriers par rapport aux hommes français.

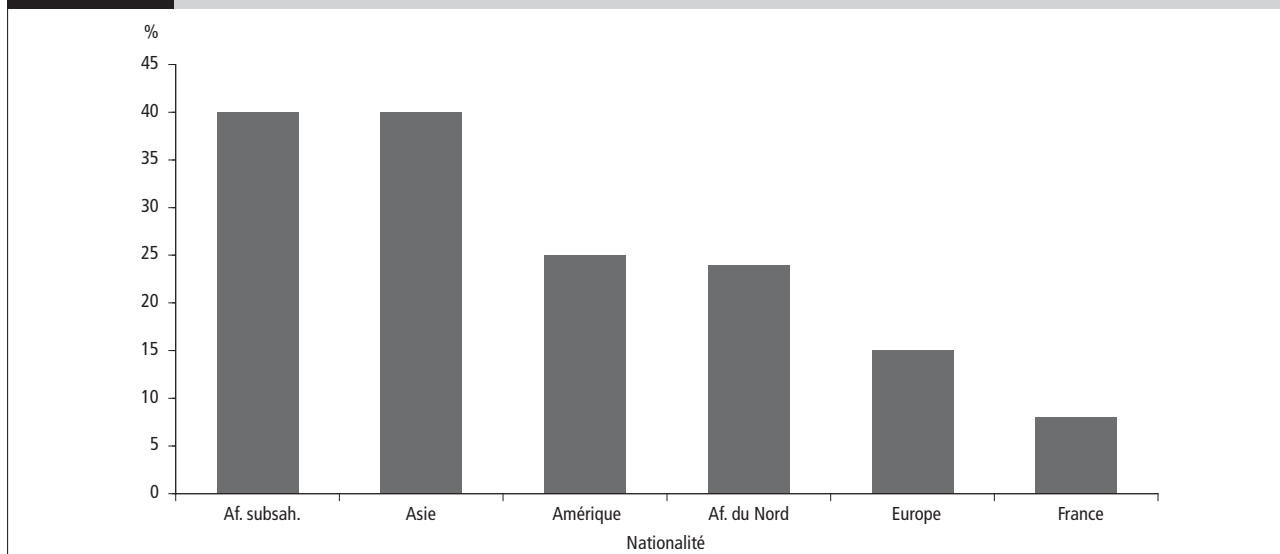
En plus du problème du sous-emploi, l'enquête ANRS-Vespa réalisée en 2003 chez les personnes vivant avec le VIH a mis en évidence, chez les migrants, des conditions précaires de logement (notamment chez les femmes) et des niveaux de revenus très faibles (en particulier chez les femmes seules avec enfant) [6]. L'enquête "Retard" a aussi clairement mis en évidence des situations d'isolement social et relationnel chez les femmes d'Afrique subsaharienne [2].

Ces situations de précarité des populations étrangères, en termes d'emploi, de revenu, de logement, de couverture sociale, de situation administrative sont plus prégnantes en cas d'immigration récente. L'enquête réalisée en 2002 chez des personnes d'Afrique subsaharienne VIH+ avait permis de distinguer trois classes homogènes de personnes, en fonction de leur date d'arrivée en France, dont un sous-groupe de personnes arrivées en France depuis 1999 et vivant dans des conditions socio-économiques très dégradées [1].

Ces mauvaises conditions socio-économiques se surajoutent au fait que ces populations sont originaires de pays où la transmission de la tuberculose est élevée. La tuberculose (pulmonaire et extra-pulmonaire) est donc la pathologie inaugurale de sida la plus fréquente en 2005 chez les étrangers, pour environ un tiers d'entre eux et pour 40 % des personnes d'Afrique subsaharienne et d'Asie (figure 6).

FIGURE 6

FRÉQUENCE DE LA TUBERCULOSE INAUGURALE DE SIDA EN 2005 SELON LA NATIONALITÉ (DONNÉES AU 31/03/2006)



En termes de tendances, il faut noter que la fréquence de la tuberculose inaugurale de sida a augmenté entre 1998 et 2002 chez les personnes d'Afrique subsaharienne (de 38 % à 48 %), puis a diminué ensuite pour retrouver les niveaux de 1998. Par comparaison, la fréquence de la tuberculose inaugurale de sida dans la population française est restée totalement stable autour de 9 %, entre 1998 et 2005.

4.3.2.6 Retard au dépistage

Un diagnostic de tuberculose chez une personne de nationalité étrangère doit toujours être l'occasion de réaliser un test de dépistage du VIH, mais cette opportunité reste néanmoins tardive.

Le fait d'être étranger ou migrant a souvent été retrouvé comme un facteur de risque de dépistage tardif, que ce soit à travers les données hospitalières françaises (FHDH), les résultats de l'enquête ANRS-Vespa ou les données de la déclaration obligatoire de sida [7]. L'analyse multivariée des cas de sida entre 1997 et 2005 a montré que, par rapport aux femmes françaises, les femmes africaines avaient un risque de retard au dépistage environ trois fois plus élevé et les hommes africains environ quatre fois plus élevé (retard défini comme un dépistage dans les 3 mois précédant le diagnostic de sida, cf. chapitre 2.3).

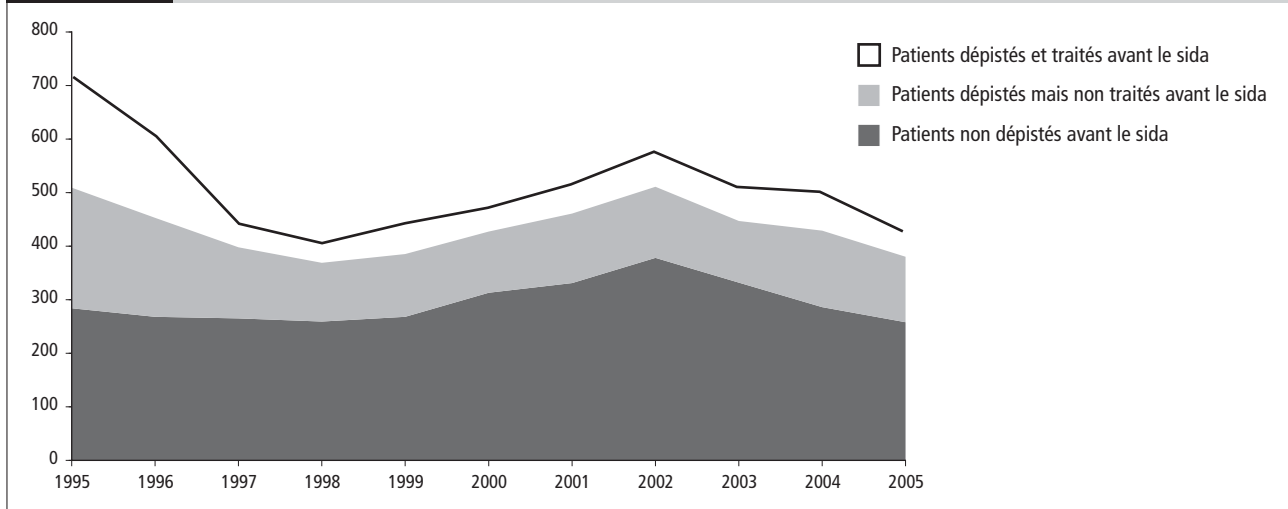
À partir des découvertes concomitantes VIH et sida dans les données de la déclaration obligatoire, deux indicateurs peuvent être construits, soit parmi les cas de sida, soit parmi les découvertes de séropositivité : l'un étant de savoir, parmi les diagnostics de sida en 2005, combien de personnes ignoraient leur séropositivité VIH, l'autre étant de savoir, parmi les personnes qui découvrent leur séropositivité en 2005, combien étaient déjà à un stade clinique de sida.

Si on s'intéresse au premier indicateur, on constate que les évolutions du sida chez les personnes de nationalité étrangère sont essentiellement liées au sous-groupe de personnes découvrant leur séropositivité et leur sida de façon concomitante ("non dépistées", figure 7). Après une augmentation, entre 1998 et 2002, du nombre de personnes étrangères non dépistées pour le VIH au moment du diagnostic de sida, leur nombre a ensuite diminué. Cette tendance récente tend à montrer une amélioration du dépistage, même dans cette population contaminée depuis de nombreuses années (puisque susceptible de développer un sida). Ainsi, 57 % des étrangers et 55 % des Africains qui ont développé un sida en 2005 ignoraient leur séropositivité (pourcentages en diminution mais qui restent plus élevés que chez les Français, 42 %).

Par contre, le nombre de personnes dépistées mais n'ayant pas bénéficié d'un traitement antirétroviral avant le sida ("dépistés non traités") est relativement stable depuis 1997, comme s'il y avait des freins à une prise en charge optimale, une fois la séropositivité découverte.

FIGURE 7

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE CAS DE SIDA EN FONCTION DE LA CONNAISSANCE DE LA SÉROPOSITIVITÉ ET DE LA PRISE D'UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL AVANT LE DIAGNOSTIC DE SIDA, CHEZ LES PERSONNES DE NATIONALITÉ ÉTRANGÈRE (DONNÉES AU 31/03/2006 REDRESSÉES POUR LES DÉLAIS DE DÉCLARATION)



Si on analyse maintenant le deuxième indicateur, on constate qu'en 2005, 16 % des étrangers et 13 % des personnes d'Afrique subsaharienne ayant découvert leur séropositivité VIH sont déjà à un stade clinique de sida (18 % chez les Français).

Ainsi, les déclarations obligatoires sida et VIH semblent contradictoires : forte proportion d'ignorance de la séropositivité parmi les personnes étrangères développant le sida (57 %) et plus faible proportion de stades sida parmi les personnes étrangères découvrant leur séropositivité (16 %). Ceci peut s'expliquer par une amélioration récente du dépistage chez des personnes d'Afrique subsaharienne dans un contexte de poursuite de diffusion du VIH. Cette amélioration toucherait moins les personnes les plus anciennement contaminées, celles susceptibles de développer un sida actuellement.

D'autres données tendent à montrer cette amélioration récente du dépistage dans la population étrangère. Les enquêtes transversales réalisées dans les CDAG tout d'abord, ont montré que le recours des immigrés à un dépistage anonyme avait augmenté entre 2000 et 2004 (ils représentaient environ 5 % des consultants en 2000 et plus de 10 % en 2004) [4]. L'enquête de 2004 a aussi observé que les immigrés, dont ceux d'Afrique subsaharienne, avaient plus souvent été testés pour le VIH au moins une fois dans leur vie, par rapport aux autres consultants. Les premiers résultats de l'enquête "KABP migrants" sont aussi en faveur d'antécédents de tests plus fréquents dans la population africaine qu'en population générale [Nathalie Lydié, communication personnelle].

Par ailleurs, l'enquête ANRS-Vespa a montré que le retard au dépistage était lié au délai entre la contamination et le moment de la migration. Les personnes d'Afrique subsaharienne semblent avoir été dépistées assez rapidement après leur arrivée en France et ont donc été peu pénalisées par un retard au dépistage sur le sol français. L'enquête "Retard" tend à observer ce phénomène surtout chez les femmes, tandis que les hommes ont un vrai retard au dépistage, notamment en raison d'une méconnaissance des risques [2].

4.3.3 DISCUSSION/CONCLUSION

Entre 5 et 6 % des personnes résidant en France sont des personnes de nationalité étrangère, alors qu'elles représentent 38 % des cas de sida en 2005 et 40 % des découvertes de séropositivité.

Comparativement, les immigrés (personnes nées étrangères dans un pays étranger) représentent 8,1 % de la population vivant en France, mais 21,6 % de la population vivant avec le VIH en France (enquête ANRS-Vespa).

Les immigrés et étrangers vivant en France sont donc particulièrement touchés par le VIH/sida et tout particulièrement la population d'Afrique subsaharienne, avec un taux de découvertes de séropositivité en 2005 plus de 100 fois supérieur à celui observé chez les personnes de nationalité française (et même 400 fois plus chez les femmes). Ce chiffre élevé chez les femmes africaines peut être le reflet d'un meilleur accès au dépistage que chez les hommes, mais est sans doute aussi celui d'une féminisation de l'épidémie en Afrique subsaharienne, où presque 60 % des adultes infectés par le VIH sont des femmes.

L'importance des personnes d'Afrique subsaharienne dans l'épidémie de VIH/sida est aussi observée dans d'autres pays européens disposant d'un système national de surveillance du VIH (ce qui n'est pas le cas de l'Espagne et l'Italie). Ainsi, en France, en 2005, environ 1 découverte de séropositivité sur 3 (30 %) concerne une personne d'Afrique subsaharienne ; en Suède, en Irlande, en Belgique ou au Royaume-Uni, le pourcentage de personnes originaires d'Afrique subsaharienne est sensiblement équivalent (respectivement 40 %, 37 %, 31 %, 30 %) [8]. Parmi les personnes contaminées par rapports hétérosexuels, la proportion de personnes d'Afrique subsaharienne est encore plus élevée, supérieure à la moitié des cas.

En France, malgré le lourd tribut payé par les populations d'Afrique subsaharienne, plusieurs points positifs sont observés, comme notamment la diminution, entre 2003 et 2005, du nombre de découvertes de séropositivité VIH chez les femmes africaines et la stabilisation chez les hommes africains. Ce constat paraît encourageant en termes de nouvelles contaminations, même s'il est d'interprétation difficile, car il dépend aussi des comportements de dépistage et des

flux migratoires. Mais les flux migratoires en provenance de la plupart des pays concernés (Cameroun, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo) sont toujours en augmentation (jusqu'en 2004, dernières données Ined disponibles) et l'accès au dépistage de cette population semble avoir augmenté ces dernières années.

Le meilleur accès au dépistage de cette population a pour conséquence une diminution du nombre de personnes méconnaissant leur séropositivité au moment du diagnostic de sida et donc une diminution du nombre global de cas de sida depuis 2002. Les campagnes d'incitation au dépistage qui se sont déroulées depuis le début des années 2000 ont semble-t-il porté leurs fruits et le dépistage semble se faire dans la population d'Afrique subsaharienne de façon moins tardive qu'auparavant.

La précarité socio-économique des personnes d'origine étrangère reste préoccupante et constitue un problème majeur, puisque c'est un facteur connu pour conduire à une moins bonne observance des traitements. L'enquête ANRS-Vespa met effectivement en évidence une moins bonne observance chez les migrants par rapport aux non-migrants [9,10]. Mais à observance égale, les migrants semblent être plus à risque d'échec thérapeutique, ce qui pourrait là aussi s'expliquer par des différences de conditions de vie [10].

Parallèlement à ces tendances récentes du VIH/sida dans la population étrangère, on ne dispose pas de données d'évolution des infections sexuellement transmissibles (IST) dans cette population. Ce manque de données sur les IST peut s'expliquer par le non-recueil de la nationalité dans les réseaux de surveillance et par leur manque de représentativité par rapport à la population générale.

Environ les trois quarts des personnes d'Afrique subsaharienne ayant découvert leur séropositivité VIH en France, en 2005, ont été infectées par des sous-types qui prédominent en Afrique (sous-types non-B). Le quart restant a été infecté par un sous-type très peu présent sur le continent africain et qui est au contraire majoritaire en France (sous-type B). Ces données sur les caractéristiques virales montrent donc qu'une partie des contaminations dans la population africaine se sont produites en France (ou en Europe de l'Ouest).

Les données basées sur le test d'infection récente, qui montrent qu'environ 10 % des Africains ont été contaminés dans les 6 mois ayant précédé la découverte de leur séropositivité, confortent ce résultat. Il est donc nécessaire de ne pas relâcher les efforts de prévention au sein des communautés étrangères vivant en France, tout en poursuivant les actions d'incitation au dépistage et en optimisant la prise en charge de ces populations.

MÉTHODOLOGIE

Les données utilisées dans ce chapitre sont essentiellement issues du système de déclaration obligatoire, des cas de sida entre 1996 et 2005 et des diagnostics VIH de 2003 à 2005. D'autres données sont citées, comme l'enquête réalisée en 2002 dans les hôpitaux d'Île-de-France sur le parcours sociomédical des personnes originaires d'Afrique subsaharienne atteintes par le VIH [1] ou l'enquête "Retard" réalisée en 2003-2004 dans six services d'Île-de-France et de Midi-Pyrénées chez les personnes ayant un accès tardif aux soins pour le VIH [2].

Les déclarations obligatoires permettent de caractériser la population étrangère touchée, au travers de la nationalité des personnes. Cette variable recueillie depuis le début de la mise en place de la surveillance épidémiologique du sida, dans les années quatre-vingt, permet d'analyser les évolutions sur plus de vingt ans. Cette variable est aussi recueillie depuis 2003 dans les déclarations obligatoires d'infection à VIH. Les analyses sont faites par regroupement des nationalités : Afrique du Nord, Afrique subsaharienne, Amérique (en distinguant éventuellement Haïti), Asie, Europe hors France (en distinguant éventuellement Europe de l'Ouest et Europe Centrale/de l'Est). Dans les autres sources de données citées, les critères de définition sont rarement la nationalité, mais plus souvent le pays de naissance ou l'origine géographique.

■ RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Valin N, Lot F, Larsen C, Gouézel P, Blanchon T, Laporte A. Parcours sociomédical des personnes originaires d'Afrique subsaharienne atteintes par le VIH, prises en charge dans les hôpitaux d'Île-de-France, 2002. Rapport InVS. Février 2004.
- [2] Calvez M, Semaille C, Fierro F, Laporte A. Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne en accès tardif aux soins pour le VIH : données de l'enquête "Retard", France, novembre 2003-août 2004. Bull Epidemiol Hebd 2006;31:227-9.
- [3] Couturier E, Brossard Y, de Benoist AC, Six C, Larsen M, Henrion R, Brunet JB. Prévalence de l'infection VIH chez les femmes enceintes de la région parisienne. Une enquête anonyme non corrélée : Prevagest 1991-1993-1995-1997. Bull Epidemiol Hebd 1998;18:73-75.
- [4] Le Vu S, Lot F, Semaille C. Les migrants africains au sein du dépistage anonyme du VIH, 2004. Bull Epidemiol Hebd 2005;46-47:233-5.
- [5] Larsen C, Pialoux G, Salmon D, Antona D, Piroth L, Le Strat Y, et al. Prévalence des co-infections par les virus des hépatites B et C dans la population VIH+, France, juin 2004. Bull Epidemiol Hebd 2005;23:109-12.
- [6] Lert F, Obadia Y et l'équipe de l'enquête Vespa. Comment vit-on en France avec le VIH/sida ? Populations et sociétés 2004;406:1-4.
- [7] Mary-Krause M. Épidémiologie de la prise en charge tardive. Journée de réflexion scientifique "Prise en charge tardive de l'infection par le VIH" organisée par le TRT-5, 24 mars 2006.
- [8] EuroHIV. HIV/AIDS Surveillance in Europe. End-year report 2005. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2006. No73.
- [9] Marcellin F, Carrieri MP, Peretti-Watel P, Bouhnik AD, Obadia Y, Lert F, et al. Do migrants overreport adherence to highly active antiretroviral therapy ? Results from the French Vespa national survey. J Acquir Immune Defic Syndr 2006;42:646-7.
- [10] Dray-Spira R, Spire B, Heard I, Lert F and the Vespa study group. Hétérogène response to HAART across a diverse population of people living with HIV : results from the ANRS-EN12-VESPA study. AIDS 2007;21:S5-S12.