La dernière **enquête ANRS VESPA2** met en lumière les **progrès médicaux** obtenus pour les personnes vivant avec le **VIH** en France et les enjeux à privilégier dans une approche renouvelée des stratégies de prise en charge pour tenir compte de l'augmentation des **comorbidités** et surtout des besoins sociaux de cette population. Cette enquête, réalisée par des chercheurs de l'Inserm (Unités 912, SESSTIM, Marseille et 1018, CESP Villejuif) avec le soutien financier et scientifique de l'ANRS, est publiée dans le BEH du 2 Juillet.

Le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) du 2 Juillet, édité par l'InVS, publie les premiers résultats de l'enquête ANRS VESPA2 (VIH : Enquête sur les personnes atteintes) menée par deux équipes de l'Inserm (Unités 912, Marseille et 1018 Paris) avec le soutien financier et scientifique de l'ANRS et du Ministère de l'Outre-mer. Réalisée une première fois en 2003, l'enquête ANRS VESPA2 a été menée en 2011 en France métropolitaine et dans quatre départements d'Outre-Mer (DOM) (Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion) et à Saint-Martin.

Les enquêtes ANRS VESPA sont réalisées auprès d'échantillons représentatifs des personnes séropositives suivies à l'hôpital. L'enquête ANRS VESPA2 a été menée en métropole dans 68 hôpitaux auprès de 3022 personnes séropositives incluses par 413 médecins ; dans les DOM, dans 7 hôpitaux, 35 médecins et 598 patients ont participé à l'étude. Cette enquête nous plonge dans la réalité sociale, économique, médicale des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) en France et nous donne également des indications sur les comportements de prévention. C'est de ce point de vue un observatoire unique qui identifie les pistes d'une amélioration de la prise en charge et des conditions de vie des personnes atteintes.

Principaux résultats

Les recommandations successives en faveur d'un traitement plus précoce se traduisent par une forte augmentation de la proportion de personnes séropositives sous traitement entre 2003 et 2011 (de 83,2% à 93,3%) et une amélioration des paramètres biologiques du VIH. Ainsi, en 2011 plus de la moitié des personnes suivies ont un taux de CD4≥500/mm^3 et la grande majorité (88,8%) ont une charge virale contrôlée au seuil de 50 copies/ml. Cette tendance positive est également observée dans les DOM, avec toutefois un peu moins de patients ayant une charge virale contrôlée.

En ce qui concerne le diagnostic tardif de l'infection, il est marqué aussi bien dans les DOM qu'en métropole (55,3% des personnes nouvellement diagnostiquées entre 2003 et 2011 le sont à un stade tardif dans les DOM ; 48,6% en métropole). Ces chiffres soulignent la nécessité de continuer à promouvoir le dépistage pour limiter le nombre de personnes séropositives ignorant leur statut et sans prise en charge de leur infection.

Cette amélioration biologique de l'infection à VIH doit être rapportée à l'état de santé général des personnes séropositives : la population séropositive suivie à l'hôpital a vieilli entre 2003 et 2011 (l'âge médian en métropole atteint 49 ans en 2011, contre 41 ans en 2003) et les comorbidités pèsent maintenant fortement sur l'état de santé des personnes (16,4% ont été infectées par le VHC, 17,1% prennent un traitement antihypertenseur, 17,5% un traitement hypolipémiant et 4,2% un traitement hypoglycémiant).

Une situation sociale difficile

La situation sociale des PVVIH n'apparaît pas avoir significativement évolué au cours de la période 2003-2011. Avec 58,5% de personnes qui travaillent et 13% qui sont en recherche d'emploi, la population séropositive est marquée par un niveau d'activité très inférieur à celui de la population générale. Presque un tiers (31,5%) des personnes vivant avec le VIH ne parviennent pas à faire face à leurs besoins sans s'endetter et une personne sur cinq rencontre des difficultés à se nourrir au quotidien par manque d'argent.

Mais la population séropositive n'est pas homogène de

ce point de vue et certains groupes, notamment les malades des DOM, les femmes et les migrants d'Afrique sub-saharienne, sont dans des situations sociales et économiques particulièrement fragiles. Ainsi, les privations alimentaires concernent 16% des PVVIH à La Réunion , 49% en Guyane et jusqu'à 58% à Saint-Martin. En métropole, les privations alimentaires sont plus fréquentes chez les personnes originaires d'Afrique sub-saharienne (29% des hommes et 34% des femmes) et chez les femmes qui ont utilisé des drogues injectables au cours de leur vie (40%) que dans les autres groupes. Ces inégalités entre les groupes en métropole d'une part, entre la métropole et les DOM d'autre part reflètent pour partie l'environnement économique et social général : contexte économique encore plus défavorable des DOM par rapport à la métropole en termes de marché du travail et de niveau de revenu, situation précaire des étrangers, fragilité accrue d'une fraction de la population qui a de faibles niveaux de qualification.

Il faut y voir aussi l'impact d'une maladie de très longue durée, qui continue d'isoler socialement comme le

montre la proportion très élevée de personnes qui vivent seules (40% sur l'ensemble de l'échantillon et jusqu'à 55% chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes) auxquelles s'ajoutent celles qui vivent seules avec des enfants (8,6%). C'est ce qui fait tout l'intérêt des associations de lutte contre le sida qui, à travers leurs activités, engagent toutes les catégories de PVVIH dans la reconstruction de liens sociaux. Au cours des 12 mois précédant l'enquête, 13,5% des personnes ont participé à des activités associatives avec des taux particulièrement élevés parmi les immigrés et les usagers de drogue, catégories les plus démunies.

Vie sexuelle et comportement préventif

Au cours des dernières années, des données scientifiques concordantes ont montré la réduction de

la transmissibilité du virus des personnes sous traitement antirétroviral. Les espoirs nés de ce constat n'ont pas encore de traduction dans le comportement préventif des personnes atteintes.

En effet, parmi les 58,3% de PVVIH pouvant être considérées comme à risque faible de transmission du point de vue biomédical (i.e. sous traitement antirétroviral, en charge virale indétectable depuis plus de 1 an et ne déclarant aucune autre IST au cours des 12 derniers mois), 21% déclarent au moins une pénétration non protégée au cours des 12 derniers mois ; et cette proportion n'est pas différente chez les personnes considérées comme à risque élevé de transmission selon ces mêmes critères (20%). Entre 2003 et 2011, l'activité sexuelle dans l'année a baissé (de 78% à 71%). En 2011, il reste difficile de révéler sa séropositivité à ses partenaires : 14% des PVVIH qui étaient déjà séropositives au début de la relation actuellement en cours ne l'ont jamais annoncé à leur partenaire principal (contre 5% chez celles qui ont appris leur séropositivité quand elles étaient déjà en couple), et 69% n'en ont pas informé leur dernier

partenaire occasionnel (et jusqu'à respectivement 79% et 74% chez les hommes immigrés d'Afrique sub-saharienne et les hommes ayant des pratiques homosexuelles).

Conclusion

Les avancées thérapeutiques continues de ces dernières années ont profité à tous les patients suivis à l'hôpital, nouveaux ou anciens malades, hommes ou femmes, ultramarins ou métropolitains, français ou immigrés. Ils vont beaucoup mieux d'un point de vue médical, mais la longévité, autrefois inespérée, apporte aussi son poids de maladies chroniques. Ces progrès médicaux doivent être mis en regard de la situation sociale des patients : l'enquête ANRS VESPA2 dessine les contours des failles de l'insertion sociale dans le contexte d'une maladie chronique telle que l'infection

VIH. Ainsi les observations de l'étude VESPA2 identifient les priorités qui doivent être au cœur d'une stratégie de prise en charge renouvelée et pas seulement médicale.

La dernière enquête ANRS VESPA2 met en lumière les progrès médicaux obtenus pour les personnes vivant avec le VIH en France et les enjeux à privilégier dans une approche renouvelée des stratégies de prise en charge pour tenir compte de l'augmentation des comorbidités et surtout des besoins sociaux de cette population. Cette enquête, réalisée par des chercheurs de l'Inserm (Unités 912, SESSTIM, Marseille et 1018, CESP Villejuif) avec le soutien financier et scientifique de l'ANRS, est publiée dans le BEH du 2 Juillet.

Le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) du 2 Juillet, édité par l'InVS, publie les premiers résultats de l'enquête ANRS VESPA2 (VIH : Enquête sur les personnes atteintes) menée par deux équipes de l'Inserm (Unités 912, Marseille et 1018 Paris) avec le soutien financier et scientifique de l'ANRS et du Ministère de

l'Outre-mer. Réalisée une première fois en 2003, l'enquête ANRS VESPA2 a été menée en 2011 en France métropolitaine et dans quatre départements d'Outre-Mer (DOM) (Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion) et à Saint-Martin.

Les enquêtes ANRS VESPA sont réalisées auprès d'échantillons représentatifs des personnes séropositives suivies à l'hôpital. L'enquête ANRS VESPA2 a été menée en métropole dans 68 hôpitaux auprès de 3022 personnes séropositives incluses par 413 médecins ; dans les DOM, dans 7 hôpitaux, 35 médecins et 598 patients ont participé à l'étude. Cette enquête nous plonge dans la réalité sociale, économique, médicale des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) en France et nous donne également des indications sur les comportements de prévention. C'est de ce point de vue un observatoire unique qui identifie les pistes d'une amélioration de la prise en charge et des conditions de vie des personnes atteintes.

Principaux résultats

Les recommandations successives en faveur d'un traitement plus précoce se traduisent par une forte augmentation de la proportion de personnes séropositives sous traitement entre 2003 et 2011 (de 83,2% à 93,3%) et une amélioration des paramètres biologiques du VIH. Ainsi, en 2011 plus de la moitié des personnes suivies ont un taux de CD4≥500/mm^3 et la grande majorité (88,8%) ont une charge virale contrôlée au seuil de 50 copies/ml. Cette tendance positive est également observée dans les DOM, avec toutefois un peu moins de patients ayant une charge virale contrôlée.

En ce qui concerne le diagnostic tardif de l'infection, il est marqué aussi bien dans les DOM qu'en métropole (55,3% des personnes nouvellement diagnostiquées entre 2003 et 2011 le sont à un stade tardif dans les DOM ; 48,6% en métropole). Ces chiffres soulignent la nécessité de continuer à promouvoir le dépistage pour limiter le nombre de personnes séropositives ignorant leur statut et sans prise en charge de leur infection.

Cette amélioration biologique de l'infection à VIH doit être rapportée à l'état de santé général des personnes séropositives : la population séropositive suivie à l'hôpital a vieilli entre 2003 et 2011 (l'âge médian en métropole atteint 49 ans en 2011, contre 41 ans en 2003) et les comorbidités pèsent maintenant fortement sur l'état de santé des personnes (16,4% ont été infectées par le VHC, 17,1% prennent un traitement antihypertenseur, 17,5% un traitement hypolipémiant et 4,2% un traitement hypoglycémiant).

Une situation sociale difficile

La situation sociale des PVVIH n'apparaît pas avoir significativement évolué au cours de la période 2003-2011. Avec 58,5% de personnes qui travaillent et 13% qui sont en recherche d'emploi, la population séropositive est marquée par un niveau d'activité très inférieur à celui de la population générale. Presque un tiers (31,5%) des personnes vivant avec le VIH ne parviennent pas à faire face à leurs besoins sans s'endetter et une personne sur cinq rencontre des

difficultés à se nourrir au quotidien par manque d'argent.

Mais la population séropositive n'est pas homogène de ce point de vue et certains groupes, notamment les malades des DOM, les femmes et les migrants d'Afrique sub-saharienne, sont dans des situations sociales et économiques particulièrement fragiles. Ainsi, les privations alimentaires concernent 16% des PVVIH à La Réunion , 49% en Guyane et jusqu'à 58% à Saint-Martin. En métropole, les privations alimentaires sont plus fréquentes chez les personnes originaires d'Afrique sub-saharienne (29% des hommes et 34% des femmes) et chez les femmes qui ont utilisé des drogues injectables au cours de leur vie (40%) que dans les autres groupes. Ces inégalités entre les groupes en métropole d'une part, entre la métropole et les DOM d'autre part reflètent pour partie l'environnement économique et social général : contexte économique encore plus défavorable des DOM par rapport à la métropole en termes de marché du travail et de niveau de revenu, situation précaire des étrangers, fragilité accrue d'une fraction de la population qui a de faibles niveaux de qualification.

Il faut y voir aussi l'impact d'une maladie de très longue durée, qui continue d'isoler socialement comme le montre la proportion très élevée de personnes qui vivent seules (40% sur l'ensemble de l'échantillon et jusqu'à 55% chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes) auxquelles s'ajoutent celles qui vivent seules avec des enfants (8,6%). C'est ce qui fait tout l'intérêt des associations de lutte contre le sida qui, à travers leurs activités, engagent toutes les catégories de PVVIH dans la reconstruction de liens sociaux. Au cours des 12 mois précédant l'enquête, 13,5% des personnes ont participé à des activités associatives avec des taux

particulièrement élevés parmi les immigrés et les usagers de drogue, catégories les plus démunies.

Vie sexuelle et comportement préventif

Au cours des dernières années, des données scientifiques concordantes ont montré la réduction de la transmissibilité du virus des personnes sous traitement antirétroviral. Les espoirs nés de ce constat n'ont pas encore de traduction dans le comportement préventif des personnes atteintes.

En effet, parmi les 58,3% de PVVIH pouvant être considérées comme à risque faible de transmission du point de vue biomédical (i.e. sous traitement antirétroviral, en charge virale indétectable depuis plus de 1 an et ne déclarant aucune autre IST au cours des 12 derniers mois), 21% déclarent au moins une pénétration non protégée au cours des 12 derniers mois ; et cette proportion n'est pas différente chez les personnes considérées comme à risque élevé de transmission selon ces mêmes critères (20%). Entre 2003 et 2011, l'activité sexuelle dans l'année a baissé (de 78% à 71%). En 2011, il reste difficile de révéler sa séropositivité à ses partenaires : 14% des PVVIH qui étaient déjà séropositives au début de la relation actuellement en cours ne l'ont jamais annoncé à leur partenaire principal (contre 5% chez celles qui ont appris leur séropositivité quand elles étaient déjà en couple), et 69% n'en ont pas informé leur dernier partenaire occasionnel (et jusqu'à respectivement 79% et 74% chez les hommes immigrés d'Afrique sub-saharienne et les hommes ayant des pratiques homosexuelles).

Conclusion

Les avancées thérapeutiques continues de ces dernières années ont profité à tous les patients suivis à l'hôpital, nouveaux ou anciens malades, hommes ou femmes, ultramarins ou métropolitains, français ou immigrés. Ils vont beaucoup mieux d'un point de vue médical, mais la longévité, autrefois inespérée, apporte aussi son poids de maladies chroniques. Ces progrès médicaux doivent être mis en regard de la situation sociale des patients : l'enquête ANRS VESPA2 dessine les contours des failles de l'insertion sociale dans le contexte d'une maladie chronique telle que l'infection VIH. Ainsi les observations de l'étude VESPA2 identifient les priorités qui doivent être au cœur d'une stratégie de prise en charge renouvelée et pas seulement médicale.