

SOMMAIRE

L'épidémie dans le monde	2
Une épidémie toujours active en Aquitaine	2
Les découvertes de séropositivité au VIH	3
Les nouveaux cas de sida	4
Des questions sur le dépistage et l'accès aux soins	4
Sérologies au VIH réalisées en 2012	4
Dans les départements aquitains	5
Diminution constante de la mortalité chez les jeunes adultes	5
Le COREVIH Aquitaine en 2013	6
Les données du système d'information GECSA-COREVIH	6
La place des usagers, une des particularités des COREVIH : entretien avec M. Frédéric Bouhier	7
Entretien avec le Pr Philippe Morlat	8

LA CONTAMINATION PAR LE VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE EN AQUITAINE EN 2012

Depuis son apparition à la fin des années 1970, l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) a considérablement évolué, tant sur le plan de l'épidémie que celui de sa prise en charge. Au niveau mondial, nous assistons à une amélioration de la situation épidémique, notamment en Afrique subsaharienne. Des progrès importants d'accès au traitement sont constatés mais les efforts consentis par les pays et la communauté internationale ont été inégaux selon les régions du monde laissant persister des inégalités importantes.

À l'échelle nationale, l'inflexion de l'épidémie semble se confirmer depuis 2007. Dans notre région, le nombre de découvertes de séropositivité au VIH reste stable, autour de 200 chaque année, alors que les nombres de nouveaux malades du sida et de décès diminuent. Ces résultats sont le fruit du développement des traitements et de la mise en place des politiques de prévention.

Le Professeur Philippe Morlat, qui a dirigé le rapport 2013 « La prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH », insiste sur la nécessité, pour réduire le nombre de nouvelles contaminations, d'une prévention combinée, c'est-à-dire qui maintient les mesures actuelles de prévention et en propose d'autres afin de toucher tous ceux et celles qui n'y sont pas sensibles.

Un autre point capital reste « l'épidémie cachée ». Des personnes ignorent qu'elles sont porteuses du VIH, ce qui a pour conséquence le risque accru de diffusion du virus mais aussi de ne pas bénéficier des traitements disponibles le plus tôt possible. Les actions dans la région, soutenues par le COREVIH (Coordination régionale de lutte contre l'infection à VIH) Aquitaine, vont se conjuguer afin de développer des modalités adaptées de dépistage puis d'accès aux soins.

Si des progrès immenses ont été réalisés dans la lutte contre le sida, il faut continuer d'agir sur les inégalités d'accès aux soins qui existent entre les territoires mais aussi sur les représentations de chacun d'entre nous, qui pèsent encore sur le quotidien des personnes porteuses du VIH.



Document réalisé avec le soutien financier de l'Agence régionale de santé et du Conseil régional d'Aquitaine.

Les auteurs remercient l'Institut de veille sanitaire pour la fourniture des données.

L'épidémie dans le monde

► des progrès continus en 2012 malgré des inégalités selon les régions

Le programme des Nations Unies contre le sida (ONUSIDA) estime à 35,3 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde fin 2012, dont 3,3 millions d'enfants de moins de 15 ans et 3,6 millions d'adultes de 50 ans ou plus. Le nombre de nouvelles contaminations survenues dans l'année, 2,3 millions, continue de diminuer (2,5 en 2011) alors que le nombre d'enfants nouvellement infectés (260 000) a diminué de 20 % en un an. En lien direct avec le déploiement du traitement antirétroviral, le nombre de décès dus au sida continue de diminuer (1,6 million en 2012).

Ce sont 10,6 millions de personnes qui reçoivent un traitement antirétroviral dont 875 000 dans les pays à haut revenu et

9,7 millions dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Dans ces pays, des progrès spectaculaires d'accès aux traitements sont constatés depuis quelques années ; le nombre de personnes recevant un traitement est passé de 400 000 en 2003, à 6,6 millions en 2010 et 9,7 millions aujourd'hui. Elles représentent environ 60 % des personnes éligibles à un traitement selon les recommandations 2010 de mise sous traitement de l'ONUSIDA. Il existe des inégalités importantes d'accès au traitement selon les régions du monde, notamment en Europe de l'est, Asie centrale, Afrique du nord et de l'est.

De nouvelles recommandations de mise sous traitement ont été élaborées en 2013 par

l'ONUSIDA (précocité de la prescription, femmes enceintes, association du VIH à la tuberculose ou l'hépatite B...) qui auront pour effet d'augmenter le nombre de personnes éligibles.

Le continent africain continue d'être plus affecté par le VIH que toute autre région du monde et représente 70 % des personnes vivant avec le VIH. Le taux estimé de prévalence du VIH y est de 5 % chez les adultes de 15-49 ans ; le taux global mondial s'établit à 0,9 % (1.1 % dans les Caraïbes, 0,9 % en Europe de l'est et Asie centrale, 0,8 % en Amérique du nord, 0,5 % en Amérique du sud, 0,4 % en Asie du sud et du sud-est, 0,2 % en Afrique du nord et de l'est et en Europe de l'ouest et centrale).

Une épidémie toujours active en Aquitaine

Les informations concernant les découvertes de séropositivité et les nouveaux cas de sida sont estimées par l'InVS, à partir de la déclaration obligatoire de l'infection à VIH et de sida. L'estimation permet de corriger le nombre de notifications pour prendre en compte les délais de déclaration et l'exhaustivité de la notification. De plus, une méthode d'imputation multiple permet d'estimer les valeurs manquantes pour certaines variables (mode de contamination, stade clinique...) à l'échelle nationale mais aussi des régions depuis 2010. Ces informations manquantes sont liées aux volets médicaux non parvenus à l'InVS ou aux variables non renseignées par le médecin.

Les informations estimées sont à interpréter avec prudence (étendue de l'intervalle de confiance) pour certaines régions, dont l'Aquitaine cette année.

Quelques données brutes (non corrigées du délai de déclaration, de la sous déclaration et des non-renseignés) sont cependant utilisées. Dans tous les cas, il s'agit de données notifiées à l'InVS au 31-12-2012.

En Aquitaine, le nombre estimé de nouveaux cas de sida est de 60 en 2012. Le taux annuel moyen en 2010-2012 s'élève à 21 nouveaux cas par million d'habitants. L'Aquitaine se situe toujours parmi les premières régions métropolitaines, cependant en-deçà du taux d'Île-de-France (50).

Le nombre de découvertes de séropositivité est estimé à 215 en 2012. Ce nombre, qui a diminué depuis 2005 et 2006 (environ 230 découvertes), semble progresser depuis 2008. Il faut garder à l'esprit que ces découvertes rendent compte des diagnostics réalisés au cours de l'année et non des contaminations, qui ont pu survenir plusieurs années auparavant.

Le taux annuel moyen estimé de découvertes de séropositivité s'élève en 2010-2012 à 63 par million d'Aquitains. Nettement inférieur aux taux d'Île-de-France (232) et Paca (92), il est cependant plus élevé que dans plusieurs régions métropolitaines (Basse-Normandie, Auvergne, Nord-Pas de Calais, Bretagne, Poitou-Charentes...).

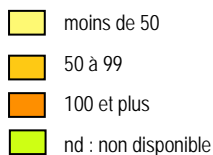
Évolution des estimations de découvertes de séropositivité au VIH selon l'année de diagnostic, en Aquitaine 2003-2012



Source : InVS, Données estimées au 31-12-2012 (Intervalle de confiance à 95 %)

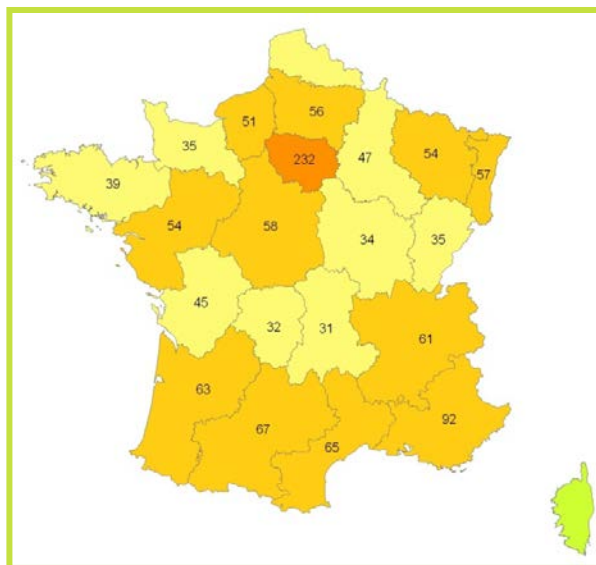
En France, en 2012

Sida - nombre de diagnostics	1 507
Sida - taux pour 1 000 000 habitants	24
VIH - nombre de diagnostics	6 372
VIH - taux pour 1 000 000 habitants	96



Sources : InVS, Données estimées au 31-12-2012, Insee

Taux annuel moyen de découvertes de séropositivité au VIH en 2010-2012 (pour 1 000 000)



Les découvertes de séropositivité au VIH

liées aux relations sexuelles entre hommes plus représentées en Aquitaine que dans l'ensemble de la France

Près des trois quarts des découvertes de séropositivité au VIH concernent des hommes. Cette proportion a augmenté depuis 2003, en Aquitaine comme à l'échelle nationale, mais elle est sur toute la période plus élevée dans la région.

Cette situation est à mettre en relation avec la part de personnes contaminées par des

relations sexuelles entre hommes, également plus élevée en Aquitaine que dans l'ensemble de la France.

Depuis 2004, la proportion de découvertes de séropositivité au VIH associées aux contaminations hétérosexuelles tend à diminuer alors que celle associée aux contaminations sexuelles entre hommes tend à augmenter. Ce phéno-

mène est cependant peu marqué en Aquitaine contrairement à la plupart des régions de France.

Les jeunes de 15-24 ans représentent 15 % des découvertes, les adultes de 20-49 ans 65 % et les personnes de 50 ans ou plus 20 %, proportions stables depuis 10 ans.

en progression chez des personnes nées à l'étranger

Un tiers des découvertes de séropositivité concerne des personnes nées à l'étranger, en Aquitaine comme dans l'ensemble des régions de province. En Île-de-France, la proportion est de 58 % (46 % en France). Mais alors qu'elle diminue à l'échelle nationale, elle a tendance à progresser en Aquitaine.

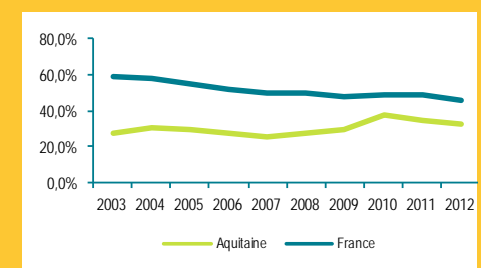
D'après les données déclarées de 2003 à 2012 pour l'Aquitaine, la part des personnes nées à l'étranger est beaucoup plus élevée chez les femmes (60 %) que les hommes (17 %). Chez

les femmes, il s'agit majoritairement de personnes nées en Afrique subsaharienne (environ 81 %). Ces éléments sont comparables aux valeurs nationales.

Chez les hommes, les personnes nées en Afrique subsaharienne et dans d'autres pays d'Europe sont à parts égales. En France, environ 60 % sont nés en Afrique subsaharienne et 10 % dans d'autres pays européens.

Le pays de naissance n'est pas mentionné dans 30 % des notifications VIH.

Proportion de découvertes de séropositivité au VIH de personnes nées à l'étranger, en Aquitaine et en France 2003-2012



Source : InVS, Données estimées au 31-12-2012

Les nouveaux cas de sida

► la toxicomanie intraveineuse encore présente

Les femmes représentent un quart des cas de sida aquitains notifiés depuis 2004. Le vieillissement des personnes est important. Parmi les personnes dont le diagnostic est notifié depuis 2004, 10 % ont moins de 30 ans

(20 % avant 2004) et 28 % ont au moins 50 ans (17 % avant 2004).

La répartition des modes de contamination a évolué. La proportion de cas de sida liés à une infection par des relations hétérosexuelles a

augmenté (15 % avant 2004 à 43 % en 2004-2012) alors que la proportion de cas associés à l'injection de drogues a chuté (32 % à 16 %). Cependant, ce mode de contamination représente encore 40 cas notifiés entre 2004 et 2012.

Des questions sur le dépistage et l'accès aux soins

► environ 40 % de diagnostics précoces

Le test d'infection récente, qui permet de déterminer si la contamination a eu lieu moins de 6 mois avant le diagnostic, a été réalisé chez près de 85 % des personnes découvrant leur séropositivité au VIH depuis 2008 (75 % en France). En Aquitaine comme en France, environ 30 % des tests ont confirmé une contamination récente.

Un autre indicateur de dépistage précoce, basé sur des critères biologiques (stade de la primo-infection ou nombre de lymphocytes CD4 > 500/ml) est disponible depuis 2008. D'après les données estimées par l'InVS, environ un tiers des Aquitains ayant découvert leur séropositivité au VIH de 2008 à 2011 étaient dans ce cas. En 2012, ils sont plus de 40 %. Cette progression est également observée à l'échelle nationale.

► ... mais encore un quart a lieu trop tardivement, parfois plusieurs années après la contamination

À l'opposé, les découvertes de séropositivité « très tardives » (stade clinique sida et/ou nombre de lymphocytes CD4 < à 200/ml) existent toujours. Elles concernent globalement un quart des Aquitains ayant découvert leur séropositivité au VIH en 2012, tout comme en France. Ces découvertes très tardives sont plus représentées chez les personnes contaminées lors de rapports hétérosexuels que lors de rapports sexuels entre hommes.

Ce retard au diagnostic a pour conséquence de retarder le recours au traitement antirétroviral avant le sida. Ainsi, près de la moitié des personnes chez qui la maladie sida a été diagnostiquée au cours des 10 dernières années ignoraient qu'elles étaient porteuses du virus du VIH et n'ont donc pas pu bénéficier d'un traitement adapté qui aurait empêché ou au moins différé la survenue de la maladie.

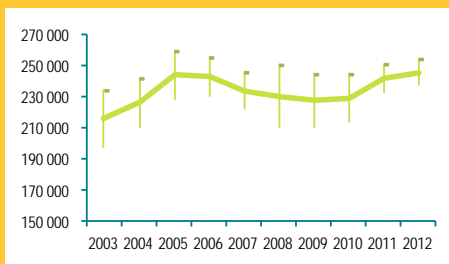
Par ailleurs, certaines personnes n'ont pas accédé à un traitement avant le diagnostic du sida alors qu'elles connaissaient leur séropositivité au VIH. Elles représentent la moitié des personnes ayant connaissance de la séropositivité au VIH dont le diagnostic du sida a été posé en 2004-2012.

246 000 sérologies VIH réalisées en 2012

Le nombre de sérologies du VIH réalisées en 2012, y compris celles réalisées anonymement dans les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), est estimé à 246 000 en Aquitaine. La progression observée en 2011 est confirmée en 2012.

Rapportées à la population régionale, les 246 000 sérologies réalisées en 2012 correspondent à 75 tests pour 1 000 habitants, proportion proche de la valeur moyenne de

Nombre estimé de sérologies du VIH en Aquitaine



Source : InVS, Données LaboVIH, estimations octobre 2013 (Intervalle de confiance à 95 %)

France (80). Cette proportion est plus élevée en Île-de-France et Paca (environ 110 pour 1 000).

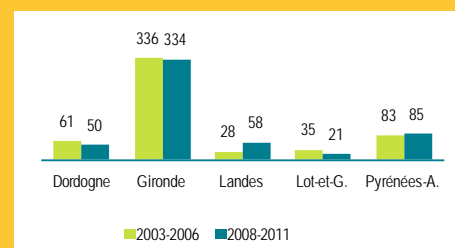
La proportion de tests positifs est de 1,4 pour 1 000 tests en 2012 dans la région. En France, ce taux est de 2,1 pour 1 000 (4,0 en Île-de-France).

Dans les départements aquitains

De 2003 à 2011, près 1 230 découvertes de séropositivité ont été notifiées à l'InVS. Elles représentent 70 % de l'effectif estimé (1 760). Environ 60 % concernent des Girondins, 15 % des personnes des Pyrénées-Atlantiques, 10 % de Dordogne et des Landes et 5 % du Lot-et-Garonne.

Entre les périodes 2003-2006 et 2008-2011, le nombre tend à diminuer. Cette évolution est très marquée dans le Lot-et-Garonne. À l'opposé, une progression du nombre de découvertes de séropositivité notifiées est observée dans les Landes.

Nombre de découvertes de séropositivité au VIH notifiées à l'InVS en 2003-2006 et 2008-2011



Source : InVS, Données brutes au 31-12-2012

Diminution constante de la mortalité chez les jeunes adultes

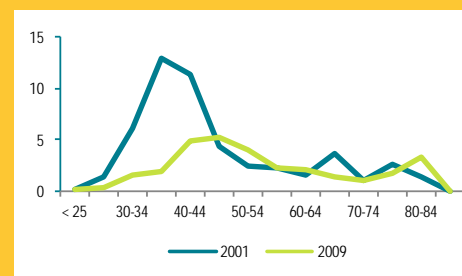
Les premiers décès dus à l'infection par le VIH sont enregistrés dans la statistique des décès de l'Inserm en 1987. Trente décès d'Aquitains sont enregistrés cette année là. Le nombre atteint 287 en 1995 et descend à 84 en 1997 ; il est de l'ordre de 35 décès annuels en 2009 et 2010.

En 2008-2010, le taux standardisé de mortalité liée au VIH/Sida est de 1,7 pour 100 000 chez les hommes et 0,6 chez les femmes d'Aquitaine. Il reste au-dessus des valeurs de France métropolitaine (1,3 pour les hommes et 0,4 pour

les femmes). Depuis 2000, la mortalité continue à diminuer chez les hommes alors qu'elle est stable chez les femmes.

Entre le début des années 2000 et aujourd'hui, la baisse de la mortalité par sida est surtout sensible avant 45 ans chez les jeunes adultes. Cette évolution est moins visible chez les femmes car la mortalité féminine est faible mais on observe également un vieillissement au décès.

Taux de mortalité par maladies dues au VIH selon l'âge, chez les hommes en 2000-2002 et 2008-2010 (pour 100 000)



Sources : Inserm-CépiDc, Insee - Calculs : SCORE-Santé

Note méthodologique

Le système de surveillance du sida, animé par l'Institut de veille sanitaire, est basé sur la notification des cas de sida devenue obligatoire en 1986. Elle repose essentiellement sur la participation des médecins hospitaliers (99,5 %). Une estimation de la sous-déclaration des cas diagnostiqués a été réalisée dans les années 1990 ; elle s'élevait alors à 15 % au niveau national avec des variations selon les régions. Une nouvelle estimation a été réalisée en 2004-2006 ; elle s'élève à 30 % au niveau national et est plus importante en Aquitaine (49 %).

La notification des diagnostics d'infection à VIH, mise en place en 2003 et également animée par l'InVS, repose majoritairement sur la participation des médecins cliniciens et biologistes hospitaliers mais implique également les praticiens de ville ; environ un tiers des notifications de biologistes et un quart des notifications de cliniciens sont faites par des biologistes et des médecins de ville.

La sous-déclaration des diagnostics de séropositivité au VIH a diminué, passant au niveau national de 38 % en 2004 à 28 % en 2010. Un travail d'estimation de l'exhaustivité des DO VIH en Aquitaine, coordonné par l'InVS en Aquitaine (Cire) et le COREVIH Aquitaine en lien avec l'InVS national, est en cours (résultats attendus en 2014).

Depuis 2008, l'InVS considère d'emblée les déclarations établies par les biologistes comme des découvertes de séropositivité (voir BEH n°45-46, 2008) sans attendre le volet médical ; d'après une étude menée sur les années antérieures, il s'avère que 80 % de ces déclarations concernent des nouvelles découvertes. La conséquence est l'augmentation de la part des valeurs non renseignées, notamment le stade clinique et le mode de contamination, informations renseignées par les cliniciens. Pour tenir compte de ces valeurs manquantes, ainsi que de la sous-déclaration et des délais de déclaration, des corrections sont apportées qui permettent d'obtenir des estimations donnant une image plus juste de la réalité que les données brutes.

Les nouvelles découvertes de séropositivité d'une année ne correspondent pas aux contaminations de l'année. Ce serait le cas si tous les diagnostics étaient posés dans un délai court après la contamination.

L'essentiel de ce document repose sur des données corrigées mises à notre disposition par l'InVS. Dans tous les cas, il s'agit des données arrêtées au 31-12-2012.

La surveillance de l'activité de dépistage du VIH (laboVIH) concerne l'ensemble des laboratoires d'analyse de biologie médicale de ville et hospitaliers. Chaque biologiste collecte le nombre de personnes testées pour le VIH et le nombre de sérologies confirmées pour la première fois positives dans son laboratoire.

La surveillance des décès selon la cause est réalisée par l'Inserm au centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc). Les données recueillies sont exhaustives.

Le COREVIH Aquitaine en 2013

Les missions des COREVIH sont de permettre l'amélioration du parcours de santé des personnes séropositives et/ou vulnérables au VIH.

► Vers une harmonisation des pratiques

Les objectifs du COREVIH Aquitaine en 2013 étaient l'amélioration du dépistage et de la prise en charge de l'infection à VIH, ainsi que l'évolution du système d'information de cette infection en Aquitaine.

Parmi les outils développés par le COREVIH Aquitaine, le système d'information hospitalier sur l'infection à VIH mis en place en 1987 est celui qui mobilise le plus de moyens. Il est adapté régulièrement à l'évolution de la prise en charge de cette infection. Un système de saisie et de consultation des données sur internet est utilisé depuis juillet dernier.

Les réunions de concertations pluridisciplinaires, le logiciel d'interactions médicalementes, les guides de prise en charge des accidents d'exposition aux virus ou le dossier commun d'éducation thérapeutique permettent d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients. De nombreuses activités sont périodiquement organisées, dont des manifestations d'information sur le VIH, les hépatites et les IST, des campagnes de prévention, des projets relatifs aux pratiques de dépistage, ou ceux ciblés sur la dépendance et le vieillissement.

► La mise en lien des acteurs : une nécessité pour l'amélioration de la prise en charge

Le COREVIH Aquitaine souhaite améliorer et développer l'offre de dépistage au niveau régional, lutter contre les opportunités de

dépistage manquées et éviter les ruptures de soins. Les évolutions du système d'information GECSA-COREVIH permettront de mieux impliquer les médecins n'exerçant pas au sein de l'hôpital en facilitant les parcours de soins. Une démarche d'évaluation des actions du COREVIH est en cours de développement et concernera en premier lieu les réunions de concertations pluridisciplinaires régionales mises en place l'an dernier, permettant aux cliniciens des centres hospitaliers aquitains d'échanger avec les différents professionnels du CHU de Bordeaux (hépatologues, virologues...).

Les recommandations du rapport d'experts 2013 serviront de socle à tous les projets 2014-2016 du COREVIH Aquitaine.

Les données du système d'information GECSA-COREVIH

► Près de 3 700 patients suivis en milieu hospitalier public en 2012

Au 8 novembre 2013, le nombre cumulé de personnes identifiées par ce système d'information sur l'infection par le VIH s'élevait à 8 934. Pour la seule année 2012, 3 677 patients ont eu au moins un contact avec l'un des services hospitaliers participants (file active, données non consolidées).

Parmi les 3 474 premiers patients de l'année 2012 (base de données de juillet 2013), 2 497 (72 %) étaient des hommes. La distribution des groupes de transmission était la suivante : hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (43 %), hétérosexuels (35 %), usagers de drogues intraveineuses (14 %) et autres (8 %).

Enfin, 116 nouveaux patients ont été inclus en 2012, dont 42 également nouvellement diagnostiqués ; 86 (74 %) sont des hommes et 20 (48 %) ont commencé leur prise en charge tardivement ($CD4 < 350/mm^3$ ou stade sida).

► Une prise en charge qui respecte les principales recommandations actuelles

En 2012, parmi les 3 474 premiers patients dont les données ont été analysées, 3 333 (96 %) recevaient un traitement antirétroviral, dont 3 142 depuis plus de six mois.

La charge virale plasmatique était inférieure à 50 copies/mL pour 2 630 patients (84 %).

Concernant les infections par les virus des hépatites virales, 136 patients (4 %) étaient co-infectés par le virus de l'hépatite B et 596 (18 %) par le virus de l'hépatite C.

Enfin, 752 patients (22 %) étaient au stade sida de la maladie et 20 décès ont été notifiés.

► Une collaboration avec le pôle de pédiatrie du CHU de Bordeaux

Le COREVIH travaille en lien étroit avec les médecins de la maternité et du service de pédiatrie du CHU de Bordeaux. On a dénombré 16 naissances en 2012 et 21 en 2013 (au 5 novembre) de mères séropositives à la maternité du CHU de Bordeaux ; 27 enfants vivant avec le VIH, domiciliés dans la région, sont actuellement pris en charge en pédiatrie au CHU de Bordeaux (14 filles et 13 garçons), dont huit ont moins de 10 ans et deux adolescents sont en cours de transition vers le secteur de prise en charge adulte.

<http://gecsa.isped.u-bordeaux2.fr>

La place des usagers, une des particularités des COREVIH

La lutte contre le VIH/sida s'appuie sur une forte collaboration soignants/personnes concernées. Les usagers du système de santé ont ainsi un collège dédié au sein des COREVIH. En Aquitaine, la vice-présidence est assurée par un représentant d'usagers, **M. Frédéric BOUHIER**.

► Depuis plusieurs années, l'amélioration des thérapeutiques est évidente. Quels sont pour vous les enjeux auxquels les personnes séropositives seront confrontées demain?

Tolérance, efficacité biologique, modalités de prise : les progrès thérapeutiques sont réels. Si elle peut se soigner dans de bonnes conditions, une personne vivant avec le VIH a une espérance de vie équivalente à un séronégatif. Une perspective qui pose d'autres questions : vieillissement, désir d'enfants, accès aux prêts bancaires. Conjointement, des inégalités d'accès aux soins demeurent. Les parcours administratifs liés aux soins sont complexes et

épuisants. Quand on est infecté, le moindre écueil impacte. L'énergie déployée à se soigner est conséquente. L'adhésion aux traitements doit être forte pour maintenir une « bonne » santé. L'équilibre est fragile. La loi Hôpital Patient Santé Territoire de 2009 devait favoriser une santé de proximité mais les déserts médicaux persistent. Les programmes d'éducation thérapeutique pour l'accompagnement quotidien restent majoritairement

hospitaliers. S'ajoute la nécessité de prévenir d'autres complications (cancers, risques cardiovasculaires). En fonction du lieu de vie, l'offre et l'égalité d'accès diffèrent.

Les réussites médicales sont indéniables, essentielles, mais ne doivent être le seul critère à prendre en compte pour lutter efficacement contre cette maladie. Les enjeux sont encore nombreux.

► 30 ans que le sida existe, on imagine cette pathologie acceptée. Est-il facile d'en parler?

En réponse, je mettrais en perspective les manifestations liées au PACS en 1999 et au mariage pour tous début 2013. La question n'est pas de savoir si l'on est pour ou contre l'union de personnes de même sexe, mais s'interroger sur les amalgames et l'expression citoyenne vis-à-vis des homosexuels. Cela a permis d'évaluer le niveau de tolérance à la différence qu'a notre société. Pour stopper l'épidémie, l'avancée thérapeutique ne suffit pas, il est nécessaire que

les mentalités évoluent. Dans ce contexte, annoncer dans son cercle proche, dans sa sphère sociale, sa séropositivité et aborder les questions du mode de transmission qu'elle sous-tend tient de la gageure. Le silence a toujours été l'ennemi n°1 de cette lutte. Vu l'ambiance générale, le repli pour « bien vivre » sa séropositivité est malheureusement nécessaire à certains. Mais « vivre caché » peut entraîner un décrochage du soin. Un enjeu

majeur est de permettre aux personnes d'avoir une charge virale indétectable qui évite la transmission à autrui. Ce silence radio est dangereux. **Notre société a des progrès à faire en termes de bienveillance!** Si une recommandation du rapport d'experts 2013 est la mise en place d'outils pour lutter contre toutes les formes de discriminations liées à cette pathologie, ce n'est pas anodin.

► Après les TROD en 2011 vont arriver les autotests. Quel est votre sentiment sur cet outil de dépistage?

Face aux enjeux liés à la partie « cachée » de l'épidémie (20 % des séropositifs s'ignorent), conjugués aux éléments précédents (connaître son état c'est : pouvoir se soigner, avoir une charge virale indétectable, limiter la diffusion du VIH), on ne peut qu'être favorable à l'arrivée d'outils allant vers les publics. Et l'autotest répondra aux besoins de personnes ne se sentant pas concernées par les dispositifs actuels ou n'y ayant pas accès. Mais il n'est pas

simple de faire un test, ni facile d'en accueillir le résultat (quel qu'il soit). Et les conditions d'annonce induisent la manière dont chacun s'inscrit dans un projet de soins. **Nous serons vigilants à la manière dont cette stratégie se développera. Le public doit savoir que les**

associations d'usagers sont mobilisées sur la question, qu'elles peuvent accompagner la réalisation du test et son résultat. Fortes de leur expérience des TROD (tests rapides d'orientation diagnostique), elles s'inscriront dans ce nouveau projet.

Les différents collèges du COREVIH

<http://www.corevih-aquitaine.org/content/corevih-daquitaine>

Entretien avec le Professeur Philippe Morlat

► Vous avez coordonné la rédaction du rapport « *Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, recommandations du groupe d'experts* », quel point important retenir-vous ?

Des personnes porteuses du VIH ne sont pas dépistées, ce que le Dr Costagliola appelle l'épidémie cachée, d'autres qui connaissent leur statut sérologique ne sont pas soignées. L'objectif fort est de faire le maximum pour amener la totalité des personnes porteuses du VIH vers le diagnostic, le système de soins et qu'elles bénéficient d'un traitement le plus précoce possible, avec un intérêt pour leur propre santé mais aussi car il s'agit d'un excellent moyen de prévention.

► Pouvez-vous nous préciser le rôle du traitement comme outil de prévention et quand traiter ?

Les traitements aujourd'hui rendent la charge virale indétectable, ce qui réduit considérablement le risque de transmission du VIH et fera baisser le nombre de personnes contaminées chaque année.

Le traitement peut aujourd'hui être indiqué dès le diagnostic, d'autant qu'il est plus facile à prendre et entraîne moins d'effets secondaires. De plus, la prise du traitement antirétroviral améliore la santé des personnes séropositives au-delà du sida en réduisant le risque d'apparition d'autres maladies (cancers, affections cardio-vasculaires...).

Pr Philippe MORLAT

Chef du Service de Médecine Interne et Maladies Infectieuses, Hôpital Saint André (CHU de Bordeaux)

► Pourquoi modifier l'ancienne recommandation de dépistage généralisé ?

Le premier élément est que ça ne marche pas ; les médecins généralistes ne parviennent pas à prescrire le test de dépistage du VIH en dehors des situations à risque à leur patientèle habituelle. Le groupe d'experts a donc préconisé un dépistage large mais ciblé auprès de la communauté homosexuelle masculine, des personnes originaires de pays où la prévalence du VIH est élevée, des usagers de drogues injectées. Pour les personnes hétérosexuelles, il recommande aux médecins généralistes de saisir toutes les situations médicales où il n'apparaît pas illogique de demander le test, même en dehors de prise de risque (zona, fatigue, pneumonie...) et de le maintenir lors des bilans (IST, contraception, grossesse).

Cette prescription de dépistage large mais ciblé concerne également les services d'urgence à l'hôpital, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et plus généralement tous les services de premier recours.

En plus de la prescription du test de dépistage dans les laboratoires, il y a de nouveaux outils qui permettent le dépistage « hors les murs » et qui permettent de toucher des personnes qui ne seraient pas dépistées. Le TROD est proposé par des associations qui sont agréées. L'avantage est l'accompagnement qui est proposé dès le résultat du test. Il est recommandé d'étendre le TROD à d'autres associations en contact direct avec des publics fragiles, aux médecins de ville, etc.

► Quelle prévention en 2013 ?

C'est la prévention combinée qui signifie que tout est à prendre.

Tout d'abord, il faut bien préciser que la prévention classique doit continuer à être

valorisée : le préservatif pour les relations sexuelles, les programmes de réduction des risques chez les usagers de drogues injectées (échanges de seringues), programme qui a très bien fonctionné.

D'autres outils actuellement en phase de test en France peuvent compléter la prévention comportementale, notamment la prophylaxie préexposition (PrEP) qui consiste à prescrire un traitement antirétroviral à une personne séronégative pour réduire le risque de contamination lors de rapports sexuels non protégés par un préservatif. D'autre part, il y a le traitement post-exposition actuellement prescrit en France, délivré dans les 48 heures après une exposition à risque.

► Sur quels autres points souhaitez-vous attirer l'attention ?

De nombreux autres points sont abordés dans le rapport et je n'en citerai que quelques-uns.

Dans les centres de privation de liberté : un dépistage est fait à l'entrée mais il est préconisé de renouveler le dépistage en cours de détention.

La prévention serait d'autant mieux comprise et acceptée que les jeunes aient bénéficié d'une éducation à la santé et à la sexualité, ce qui devrait être fait dans les établissements scolaires et de formation.

Avec l'augmentation de l'espérance de vie des patients, on voit apparaître d'autres pathologies liées à l'âge. Il faut travailler à l'élaboration d'un parcours de soins coordonné entre le spécialiste VIH et les autres spécialistes.

Enfin, ne doivent pas être oubliés les conditions de vie, l'accès aux soins, aux droits, à l'hébergement, à l'emploi et au maintien dans celui-ci.