

SOMMAIRE

INTROUVABLES NOUVEAUX SÉROPOS Par MICHEL OHAYON et DIDIER LESTRADE Illustration HERVÉ GAUCHET

p. 152

BRÈVES MÉDICALES Par DIDIER LESTRADE et CHRISTOPHE MARTET

p. 154

INTERVIEW : Dominique Thiéry Par LUC BIECO

p. 158

INTROUVABLES NOUVEAUX SÉROPOS

TRÈS ATTENDUE, LA PREMIÈRE ENQUÊTE DE L'INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE SUR LES NOUVEAUX CAS DE SÉROPOSITIVITÉ NE LIVRE QUE DES RÉSULTATS PARCELLAIRES, QUI SEMBLENT INDICHER LA POURSUITE D'UNE ÉPIDÉMIE TRÈS PRÉOCCUPANTE CHEZ LES GAYS. LE DR MICHEL OHAYON, COORDINATEUR MÉDICAL À SIDA INFO SERVICE, ET DIDIER LESTRADE, COFONDATEUR D'ACT UP-PARIS ET JOURNALISTE À «TÊTU», NOUS LIVRENT LEUR ANALYSE.

Plus d'un an après sa mise en œuvre effective, la déclaration obligatoire et anonyme de la séropositivité (DOS) livre ses premiers enseignements, que relaie l'Institut de veille sanitaire (InVS) dans le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* du 8 juin (n° 24-25, 2004). Beaucoup seront déçus car l'étude qui est publiée ne prend en compte que la période qui va de mars à septembre 2003, et porte sur un nombre très restreint de notifications de nouveaux diagnostics d'infection par le VIH. Seules 1301 fiches étaient complètes et exploitables sur les 1843 déclarations reçues à l'InVS à cette date, en raison d'une sous-déclaration et d'une remontée imparfaite des questionnaires médicaux, au demeurant prévisible, puisque le système se met à peine en place. Ainsi, parmi les cas d'infection par le VIH notifiés entre mars et septembre 2003, la répartition par région de domicile donne une surreprésentation de l'Île-de-France (48 % des cas) et une sous-représentation de la région Paca (2 %), pourtant très touchée par l'épidémie. Par ailleurs, les chiffres en provenance des centres de dépistage anonyme ne sont pas inclus. Enfin, s'agissant du premier point sur la DOS, aucune comparaison n'est possible avec des chiffres antérieurs. Il n'empêche que ces données clarifient quelques idées sur la situation de l'infection par le VIH en France, et en particulier chez

L'étude ne prend en compte que la période qui va de mars à septembre 2003, et l'analyse ne porte que sur un nombre très restreint de nouveaux diagnostics d'infection par le VIH.

les gays. D'autant que, et c'est l'originalité du système français par rapport à d'autres pays européens, il est possible de déterminer, à partir d'un deuxième test pratiqué sur un échantillon de sang d'une personne dépistée séropositive, si la contamination date de moins de six mois (lire *Têtu* n° 85). En l'état, cette enquête ne permet pas d'affirmer qu'il y a une reprise explosive des contaminations, comme certains le craignaient, ni bien sûr de rassurer les plus pessimistes. La mauvaise nouvelle est que l'épidémie n'a jamais cessé d'être active chez les homosexuels masculins – mais qui en doutait ? Mais ce n'est probablement pas ce que retiendront la plupart des médias. Le chiffre le plus commenté sera la proportion des contaminations au cours de rapports hétérosexuels, soit 53 % (le mode de contamination n'est pas connu dans 23 % des cas). Les rapports homosexuels sont impliqués dans 21 % des nouveaux diagnostics. Tout semble donc aller dans le sens d'une «hétérosexualisation» de l'épidémie, et, d'ailleurs, 43 % des déclarations concernent des femmes. Chacun pourra se faire une idée d'après les chiffres qui sont accessibles. Mais, pour comprendre ce qui se joue chez les gays, il faut tenir compte de la coexistence de deux épidémies. La première est le reflet de l'épidémie mondiale,

qui connaît son épice en Afrique subsaharienne mais continue de s'étendre, et se diffuse principalement à travers les rapports hétérosexuels. Elle influe grandement sur la dynamique de l'infection par le VIH dans certains pays occidentaux, en particulier la France et la Grande-Bretagne, en raison de leurs liens historiques avec des pays fortement touchés par le sida. La seconde épidémie, apparue dans les pays occidentaux au début des années 1980, a largement concerné les homosexuels, et continue de le faire. Parmi les hommes de nationalité française contaminés sexuellement, deux sur trois sont homosexuels. La prise en compte de la coexistence de ces deux épidémies conditionne les programmes de prévention.

CHEZ LES GAYS, 58 % DES CONTAMINATIONS DATENT DE MOINS DE SIX MOIS

Un autre chiffre ne va pas manquer de provoquer des commentaires : 58 % des notifications concernant des homosexuels



correspondent à des contaminations qui remontent à moins de six mois (32 % lorsque le mode de contamination est hétérosexuel). En clair, plus d'une contamination sur deux chez les gays est une contamination récente. Ceci témoigne évidemment de la pérennité de l'épidémie chez les homosexuels masculins, mais aussi d'une utilisation beaucoup plus fréquente et régulière du test de dépistage. C'est la principale explication de cette différence à première vue spectaculaire. Enfin, chez les homos, 22 % des diagnostics se font lors de la primo-infection, contre 5 % dans les cas de contamination hétérosexuelle.

UNE SOUS-DÉCLARATION IMPORTANTE

La principale limite de cette enquête réside dans l'incertitude sur le nombre de diagnostics réels, en raison d'une sous-déclaration importante mais non chiffrable. L'étude porte sur 269 notifications concernant des homosexuels, en six mois, mais ce chiffre n'a pas de valeur en soi. Les autres indicateurs dont nous disposons sont loin d'être rassurants, avec en premier lieu la continuation de l'épidémie de syphilis. Celle-ci fait suite à la réapparition de la blennorragie, et pourrait précéder celle d'une autre IST, la lymphogranulomatose vénérienne, dont une quarantaine de cas ont été récemment diagnostiqués chez les gays franciliens (*lire page 154*). Selon Sida Info Service, d'après une étude portant sur environ 5000 entretiens réalisée en 2002, 20 % des appelants gays de moins de 40 ans évoquent une pénétration anale non ou mal protégée. Cette constatation vient corroborer les données des récentes enquêtes, comme celle dite du baromètre gay, un questionnaire auquel près de 9000 homos fréquentant les établissements gay avaient répondu à la fin de l'année 2002. De même, dans les consultations de dépistage, les questions portant sur les IST sont devenues récurrentes. Aujourd'hui, on peut entendre de jeunes gays déclarer qu'ils ne se sentent pas particulièrement concernés par le VIH, qu'ils considèrent comme une maladie de «vieux» (c'est-à-dire de quadragénaires).

Les prises de risque qui sont rapportées sont importantes et répétées, et il s'agit d'une évolution récente et rapide. La levée du tabou sur les rapports non protégés permet probablement aux personnes concernées de parler plus facilement des risques qu'ils encourent, mais la réalité du relapse ne semble pas contestable. Il est néanmoins très difficile d'en apprécier les conséquences actuelles. L'ensemble des professionnels s'accordent pour constater l'importance des prises de risque chez les jeunes gays, mais ceux-ci ne semblent pas surreprésentés parmi les personnes nouvellement diagnostiquées séropositives. Dans un centre de dépistage du Marais largement fréquenté par les gays, le pourcentage de tests positifs reste stable. Le fait que l'infection soit moins répandue chez les jeunes explique probablement en partie le moindre retentissement des conduites à risque sur les nouvelles contaminations. Mais, si les constatations qui sont faites en termes de comportements sexuels sont exactes, cette situation pourrait basculer rapidement. Il est encore parfaitement possible de prévenir cette évolution, à condition de prendre la mesure de la réalité d'une épidémie qui reste active chez les gays, une réalité qui est confirmée par cette étude des premiers chiffres de la déclaration obligatoire de la séropositivité. MO

La levée du tabou sur les rapports non protégés permet probablement aux personnes concernées de parler plus facilement des risques qu'ils encourent, mais la réalité du relapse ne semble pas contestable.

UNE LENTEUR SCANDALEUSE, PAR DIDIER LESTRADE

Un échec total, inadmissible. Alors que tous les pays européens (à part l'Italie et l'Espagne) sont armés de systèmes de surveillance qui permettent de donner, année par année, le nombre exact des nouveaux séropositifs, la France montre encore une fois son incompetence. De quelles sources disposons-nous? Après des mois de retard, uniquement des déclarations comprises entre mars et septembre 2003. L'InVS défend son inertie en assurant que tout cela est extrêmement compliqué, qu'il leur faut un semestre pour analyser un trimestre de données. À ce stade, les chiffres de 2003 seront connus en 2005. Parfait pour alerter sur une épidémie qui repart... Mais la lenteur ridicule de ce système n'est pas sa seule lacune. Les fiches de déclaration sont souvent incomplètes lorsqu'elles arrivent à l'InVS. Sur ordre de la Cnil, l'Institut ne dispose que d'un délai de six mois pour les compléter avant que le lien entre le nom de la personne séropositive et les données soit électroniquement coupé [Selon nos informations, l'InVS devrait réclamer un délai supplémentaire à la Cnil]. À la vitesse avec laquelle l'analyse est menée, combien de fiches sont déjà perdues? Dans les résultats présentés par l'InVS en mai, on pouvait observer un taux impressionnant d'inconnus quant au type de contamination: 23,4 %, soit près d'un quart des déclarations.

Les rares représentants associatifs tenus au courant des analyses laborieuses de l'InVS avancent désormais le chiffre hasardeux de 5600 nouveaux cas en 2003, dont 3600 resteraient à analyser. Comment dégager des analyses fiables de données aussi incomplètes? Ainsi, il est actuellement incorrect de prétendre que «plus de la moitié des nouveaux diagnostics d'infection par le VIH en 2003 concerne des personnes contaminées par rapport hétérosexuel contre 21 % par rapport homosexuel», car cette évaluation se base sur un total de 36 % des fiches récoltées dont 23,4 % ne précisent pas le mode de contamination. Un autre exemple: seuls 2 % des notifications proviennent de la région Paca, pourtant très touchée par l'épidémie! Voilà qui va conforter la croyance, si populaire chez les gays hexagonaux, selon laquelle «le sida est à Paris». Il aurait fallu que la DOS puisse se roder avant la fin 2002. De fait, le système a été si peu efficace à ses débuts que seulement 25 fiches ont été récoltées durant le premier trimestre 2003. De plus, la DOS ne couvre actuellement pas tous les départements français: fin septembre, seulement 85 départements avaient fourni des données. Comment pourrait-on imaginer que le total des personnes nouvellement contaminées en France soit de 5600 quand la Grande Bretagne, avec une incidence du VIH beaucoup moins importante dans la population générale et chez les gays, dispose déjà du chiffre consolidé de 5047 personnes pour 2003, et que les experts pensent que le chiffre définitif sera de 7000? Si le chiffre français est estimé à 5600 nouveaux cas, de quel ordre est le haut de la fourchette? 10000? La valeur symbolique de cette fourchette n'est-elle pas aussi importante que le chiffre provisoire de 5600? L'épidémiologie ne sert-elle pas à surveiller, mais aussi à anticiper en délivrant des estimations les plus larges possibles? Bien sûr, l'InVS se permet de «suggérer une transmission active du VIH dans la population homosexuelle».

Le temps n'est plus à la suggestion mais à l'alerte, surtout quand des pays voisins voient une augmentation de 20 % de l'incidence de nouveaux cas chez les gays! Quand on sait que seules les données épidémiologiques permettront d'imposer de nouveaux programmes de prévention, à qui profite le silence entretenu sur la véritable dimension de l'épidémie?