

l'infection par VIH

Contexte national

En France, au 31 décembre 1997, près de 47 500 personnes ont développé un sida depuis le début de l'épidémie. Plus de 80 % des cas de France Métropolitaine sont concentrés dans seulement 6 régions (Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône-Alpes, Aquitaine, Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées). Au plan national, le nombre de cas rapportés à la population est en moyenne de 790 par million d'habitants, ce qui situe la France en troisième position des pays européens derrière l'Espagne et la Suisse. Elle est également au troisième rang après l'Espagne et l'Italie pour le nombre de nouveaux cas diagnostiqués en 1997 (2837), avant l'Allemagne et le Royaume-Uni.

Plus de 80% des cas de sida déclarés concernent des hommes, dont 43,9 % ont entre 30 et 39 ans. Cependant, plus d'un cas sur dix (13 %) est âgé d'au moins 50 ans.

Il n'existait pas, jusqu'en 1999, en France, de déclaration obligatoire des cas de séropositivité au VIH dépistés, seule la maladie sida était déclarée. Toutefois, l'Institut de Veille Sanitaire (ex Réseau National de Santé Publique) estime entre 100 000 et 110 000 le nombre de personnes atteintes par le VIH. La mise en place de la déclaration obligatoire des nouvelles séropositivités, retardée par diverses polémiques, devrait se faire progressivement après rediscussion du projet avec les différents partenaires.

Le nombre de nouveaux cas de sida qui avait diminué brutalement depuis le second semestre de 1996 (-31 % entre les deux semestres 1996 puis -24 % entre le second semestre 1996 et le premier semestre 1997) a continué à baisser mais de façon moins marquée entre les deux semestres de 1997 (-14 %). Cette baisse a surtout été observée chez les usagers de drogues par voie intraveineuse et les homo-bisexuels masculins (-23 % chacun), tandis que l'on a observé une stabilité chez les personnes contaminées au cours de rapports hétérosexuels (-1 %) qui sont plus fréquemment que les autres ignorant de leur statut VIH au moment du diagnostic de sida. Parallèlement, la diminution des décès par sida a été spectaculaire début 1997 (-40 %), puis s'est elle aussi stabilisée.

Ces diminutions font suite à la diffusion des prescriptions d'associations d'antirétroviraux dans le traitement des patients infectés par le VIH, sous forme de bithérapie dès 1995, puis de trithérapie avec antiprotéase dès le deuxième trimestre 1996. Ces médicaments prescrits de plus en plus tôt au cours de l'infection permettent de retarder le passage au stade sida chez les patients traités.

Situation en Provence-Alpes-Côte d'Azur : Faits marquants

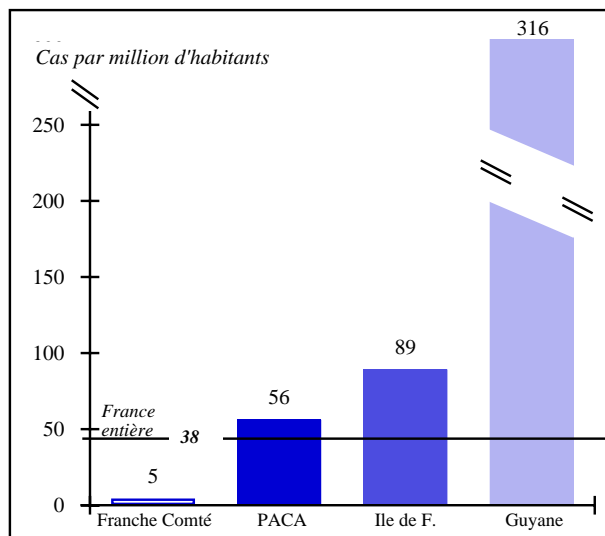
- Provence-Alpes-Côte d'Azur est la région de France métropolitaine la plus concernée après l'Ile-de-France (56 nouveaux cas de sida par million d'habitants en 1997 contre 38 en moyenne nationale).
- Les malades sont plus souvent des femmes (21,6 % des cas en Provence-Alpes-Côte d'Azur contre 17,9 % en France) et des jeunes de 20-29 ans (26 % contre 22 %).
- La part de cas de sida liés à l'usage de drogue par voie intraveineuse est 2 fois plus importante que la moyenne française.
- Le nombre de décès par sida est en forte diminution.
- Le dépistage semble plus précoce en Provence-Alpes-Côte d'Azur que dans d'autres régions, seulement 26 % des nouveaux cas de sida découvrent leur séropositivité au VIH au moment du diagnostic contre 41 % au niveau national, avec cependant des disparités selon l'âge, le groupe de contamination et le département de domicile.
- Les nouvelles séropositivités sont majoritairement dues à une transmission par relation hétérosexuelle (44 %).
- Le nombre de nouvelles séropositivités découvertes annuellement a diminué de moitié en trois ans (95-98).
- La moitié des patients séropositifs pour le VIH suivis à Marseille sont co-infectés par le virus de l'hépatite C.

250 nouvelles personnes atteintes par le sida en 1997 en Provence-Alpes-Côte d'Azur

Avec 6 258 cas déclarés depuis le début de l'épidémie, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur est une des régions les plus concernées par le sida. Le nombre de cas diagnostiqués par million d'habitants en 1997 (56) reste supérieur à la moyenne nationale (38). Il est 11 fois plus important que dans la région Franche Comté qui a le taux le plus faible en France (5) et environ 1,6 fois plus faible que dans la région Ile-de-France qui a le taux le plus élevé de métropole (89).

Le sida fait partie des maladies dont la déclaration est obligatoire. C'est au médecin qui établit le diagnostic qu'incombe la responsabilité d'effectuer cette déclaration, de manière non nominative, auprès des médecins inspecteurs de santé publique des DDASS. Il existe un délai, plus ou moins long entre la date du diagnostic et la date de la déclaration à la DDASS. Pour tenir compte de ce délai, le Réseau National de Santé Publique qui gère les déclarations au niveau national, corrige les données récentes en réalisant, quand cela est techniquement possible, des redressements sur les deux dernières années de déclaration. On dispose ainsi de données provisoires sans devoir attendre que tous les cas diagnostiqués aient été déclarés. Les données définitives peuvent être légèrement différentes de ces estimations.

Nombre de cas* de sida diagnostiqués par million d'habitants en 1997



Sources : RNSP, INSEE (estimations au 01.01.96) Exploitation ORS
* Données redressées

l'infection par VIH

Répartition par sexe et âge des cas cumulés de sida diagnostiqués jusqu'au 31.12.97 en Provence-Alpes-Côte d'Azur (En pourcentage)

	Hommes		Femmes		Total	
	PACA	France*	PACA	France*	PACA	France*
moins de 20 ans	1,5	1,4	3,7	4,2	1,9	1,9
20 - 29 ans	23,9	20,2	35,5	30,3	26,4	22,0
30 - 39 ans	45,3	43,9	42,7	41,1	44,7	43,4
40 - 49 ans	18,5	21,6	8,9	12,1	16,5	19,9
50 ans et plus	10,8	12,9	9,2	12,4	10,5	12,8
Ensemble	100	100	100	100	100	100

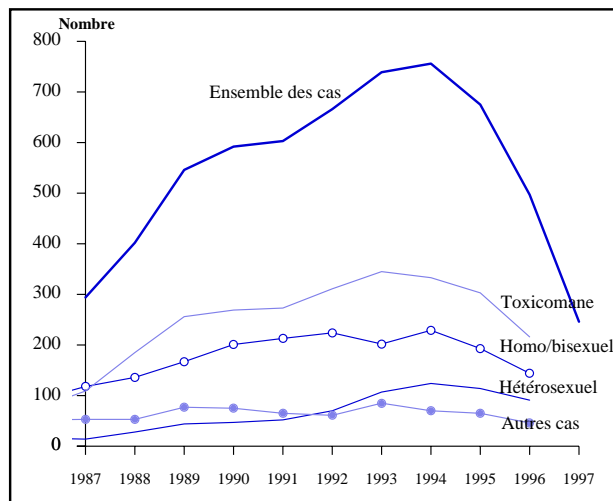
Source : RNSP - 1996 et 1997 : données non redressées
* y compris l'outre-mer

Répartition par sexe et mode de contamination des cas cumulés de sida diagnostiqués jusqu'au 31.12.97 en Provence-Alpes-Côte d'Azur

	Hommes		Femmes		Total	
	PACA	France*	PACA	France*	PACA	France*
Homo/bisexual	40,7	54,8	0,0	0,0	31,9	45,0
Toxicomane	41,9	21,1	52,3	34,4	44,2	23,5
Homo.et Toxic.	1,7	1,5	0,0	0,0	1,3	1,2
Hémo./tr.coag	0,9	1,4	0,3	0,2	0,8	1,2
Hétérosexuel	6,9	12,9	31,0	46,8	12,1	18,9
Transfusé	2,7	2,4	9,8	10,0	4,2	3,8
Mère / Enfant	0,9	0,8	2,3	2,9	1,2	1,2
Inconnu	4,3	5,1	4,2	5,7	4,3	5,2
Total	100	100	100	100	100	100

Source : RNSP - 1996 et 1997 : données non redressées
* y compris l'outre-mer

Nombre de nouveaux cas de sida diagnostiqués chaque année en Provence-Alpes-Côte d'Azur



Source : RNSP - 1996 et 1997 : données redressées pour l'ensemble des cas, mais non disponibles par mode de contamination

Réalisation ors Provence-Alpes-Côte d'Azur /1999 /

Une proportion de 20-29 ans plus élevée que la moyenne nationale

En Provence-Alpes-Côte d'Azur, près de 80 % des malades du sida sont des hommes. Toutefois, la proportion de femmes parmi les cas de sida est plus importante dans la région qu'en France (21,6 % contre 17,9 %). Les adultes de 30-39 ans sont les plus souvent touchés, notamment les hommes (45,3%). Cependant, les écarts les plus importants par rapport à la moyenne nationale concernant les 20-29 ans, proportionnellement plus nombreux dans la région qu'en France entière, aussi bien chez les hommes (23,9 % contre 20,2 %) que chez les femmes (35,5 % contre 30,3%).

Une contamination liée à l'usage de drogue par voie intraveineuse deux fois plus importante que la moyenne nationale

Depuis le début de l'épidémie, le principal mode de contamination par le VIH dans la région, est l'usage de drogue par voie intraveineuse, deux fois plus fréquent que la moyenne nationale (44,2 % des cas de sida déclarés contre 23,5%). Chez les hommes, vient ensuite la contamination homosexuelle, en proportion moindre que la moyenne nationale (40,7 % contre 54,8 %). Cependant, rapporté à la population masculine de 15 ans et plus dans la région, le taux de cas liés à ce mode de contamination se situe au-delà de la moyenne nationale (1248 cas contre 1029 par million d'habitants). Chez les femmes, la contamination associée à un usage de drogues par voie intraveineuse représente plus d'un cas sur deux (52,3 % contre 34,4 % au niveau national). Celle associée à des rapports sexuels arrive en seconde position avec 31 % des cas (contre 46,8 %). Le taux régional de contamination par rapports hétérosexuels, hommes et femmes confondus, est de 224 cas par million d'habitants de 15 ans et plus contre 207 en France entière.

Les données concernant les modes de contamination tiennent compte des critères de la nouvelle définition (1er janvier 1996) des cas attribuables à des relations hétérosexuelles contaminantes. Tous les cas concernés depuis le début de l'épidémie ont été revus et éventuellement réaffectés à un autre mode de contamination. Les données présentées ne peuvent donc pas être comparées avec celles publiées antérieurement au 31.12.95.

Une tendance à la diminution du nombre de cas diagnostiqués qui se confirme

Le nombre de cas de sida diagnostiqués chaque année depuis le début de l'épidémie a augmenté très fortement de 1985 à 1994, passant de 49 cas à 752 cas annuels, soit une multiplication par 15,3 en 10 ans. Les données redressées disponibles pour 1995 et 1996 traduisent une diminution (-9,2 % et -17,7 %) qui semble encore plus marquée en 1997 (-50,5 %). Les nouvelles associations d'antirétroviraux proposés avant l'apparition de la maladie en sont probablement la cause. Le nombre de cas de sida lié à la contamination homosexuelle semble s'être stabilisé. Chez les usagers de drogues qui constituent le groupe de transmission le plus important pour le nombre de cas de sida depuis 1987, la baisse amorcée en 1993 semble se confirmer. On note une forte augmentation du nombre de cas de sida liés à la contamination hétérosexuelle depuis 1992, bien que ce nombre semble se stabiliser depuis 1994. La maladie se déclarant bien après la contamination, les personnes atteintes de sida actuellement peuvent avoir été contaminées il y a plusieurs années. Le nombre de cas observés traduit donc l'évolution de l'épidémie avec quelques années de retard. Par ailleurs, l'inégalité d'accès aux traitements entre personnes contaminées par des modes différents pouvant masquer les tendances de l'épidémie analysée au travers des cas de sida, l'interprétation de ces données doit rester prudente.

l'infection par VIH

Plus d'un quart des nouveaux malades ne connaissent pas leur séropositivité au VIH avant le diagnostic

En 1997, 26 % des nouveaux malades de la région n'avaient pas connaissance de leur séropositivité pour le VIH avant le diagnostic du sida contre 42 % au niveau national. Ce pourcentage a tendance à augmenter car, méconnaissant leur statut sérologique, ces personnes ne peuvent bénéficier de traitement antirétroviral ou se prémunir des recontaminations et ainsi retarder leur entrée dans la maladie. Par contre, reflétant l'efficacité des nouvelles associations thérapeutiques, la proportion de personnes ayant bénéficié d'un traitement antirétroviral parmi les nouveaux cas de sida a tendance à diminuer. Ce pourcentage est passé de 67 % en 1995 à 50 % en 1997 dans notre région mais reste supérieur à la moyenne nationale.

Les pneumocystoses et candidoses restent les deux principales affections opportunistes inaugurales

La mise en place de traitements prophylactiques des pneumocystoses et des toxoplasmoses avait permis de réduire l'importance de ces affections opportunistes comme mode d'entrée dans le sida jusqu'en 1995. Cependant les pneumocystoses représentent encore près de 20 % des pathologies inaugurales en région contre 25 % au niveau national en 1997. Les toxoplasmoses représentent l'entrée dans la maladie dans 12 % des cas en région (11 % en France entière), les candidoses oesophagiennes dans 18 % (14 % au niveau national) suivies du sarcome de Kaposi (8 % contre 12 % au niveau national).

Un taux de séropositivité en baisse dans les centres de dépistage anonyme et gratuit

Après une stabilisation de l'activité hors prisons des Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit entre 1994 et 1996, on observe une remontée du nombre de consultants dans la région en 1997. Par contre, le taux de séropositivité diminue en 1997, pour revenir à un taux équivalent à celui observé sur l'ensemble de la France. En 1990, 3,4 % des personnes testées dans ces centres étaient séropositives alors qu'elles ne sont plus que 0,5 % en 1997. Les données dont nous disposons ne permettent pas de prendre en compte les sérologies multiples pour une même personne.

Une baisse importante du nombre de décès

Après un pic en 1994 puis une stagnation en 1995 et une première baisse en 1996, le nombre annuel de décès par sida en Provence-Alpes-Côte d'Azur a fortement baissé en 1997 (-67%, soit une diminution plus forte qu'au niveau national, -63%). Les hommes restent trois fois plus concernés que les femmes. Cette diminution se répercute sur la répartition des causes de décès de la région. Les décès par sida touchent en majorité les hommes et les femmes de 25 à 44 ans. Cependant en 1997, les décès par sida représentent en Provence-Alpes Côte d'Azur 8,2 % de la mortalité totale de cette tranche d'âge chez les hommes, contre 25 % en 1995 ; et 7,7 % de la tranche d'âge chez les femmes contre 31 % en 1995.

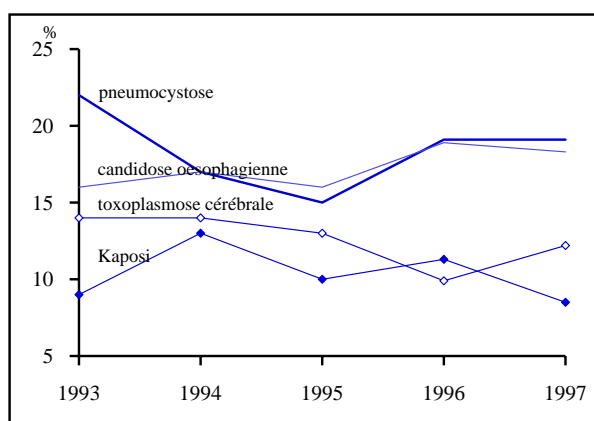
Connaissance de leur séropositivité par les nouveaux malades et traitement par antirétroviraux, en 1997

	Provence Alpes Côte d'Azur	France entière
Sujets ne connaissant pas leur séropositivité au VIH	26 %	42 %
Sujets connaissant leur séropositivité au VIH traités par des antirétroviraux avant l'apparition du sida	50 %	43 %

Source : RNSP

Cas de sida diagnostiqués en 1997, données non redressées

Evolution de la répartition des principales pathologies inaugurales indicatrices de SIDA pour les cas domiciliés en Provence Alpes Côte d'Azur de 1993 à 1997



Source : RNSP

Cas de sida diagnostiqués en 1996 et 1997, données non redressées

Evolution de l'activité de dépistage dans les Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit * de Provence-Alpes-Côte d'Azur entre 1990 et 1997

	1990	1992	1994	1996	1997
Consultants	7 425	12 296	24 480	24 232	26 665
Consultants testés	7 133	11 960	23 546	23 237	25 580
Séropositifs	239	232	173	157	134
Taux de séropositivité (en %)	3,4	1,9	0,7	0,7	0,5
tests - France entière** (en %)	3	1,6	0,7	0,5	0,5

Source : DGS, DDASS 04, 05, 06, 13, 83, 84, RNSP

* hors prisons

** y compris l'outre-mer

Evolution du nombre de décès par sida entre 1990 et 1997

	1990	1992	1994	1995	1996	1997
Provence-Alpes-Côte d'Azur	415	579	745	757	554	181
France métro.	2 785	4 140	4 860	4 733	3 490	1 287

Source : Causes médicales de décès INSERM SC8

NB : ces données sont issues des certificats de décès et non des déclarations obligatoires des cas de sida

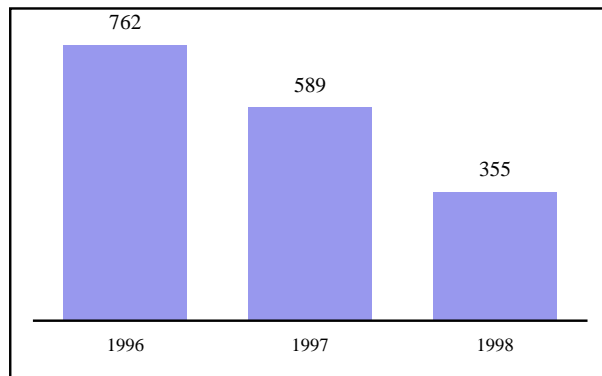
La Santé Observée
en Provence Alpes
Côte d'Azur

Des disparités d'accès au dépistage de l'infection à VIH dans la région

Le réseau régional d'évaluation et d'information sur la contamination par le VIH (EVALVIH) a permis de suivre de fin 1995 à 1998, le profil épidémiologique des personnes qui ont découvert leur séropositivité au VIH dans la région. Le nombre de nouvelles séropositivités découvertes a diminué de moitié entre 1996 et 1998, donnant un taux de 79 par million d'habitants en 1998 au niveau régional. Ce taux varie selon les départements, soit du plus élevé au plus faible : 114 dans les Alpes Maritimes, 81 dans le Var, 70 dans les Bouches du Rhône, 67 dans le Vaucluse, 29 dans les Alpes de Haute Provence et 25 dans les Hautes Alpes.

Une analyse des résultats pour les années 1996 et 1997 a permis de souligner la proportion élevée de diagnostics tardifs et l'existence de disparités d'accès au dépistage dans certains groupes de population.

Nombre de séropositivités découvertes en Provence Alpes Côte d'Azur de 1996 à 1998



Source : EVALVIH-ORS PACA
*Données redressées

En effet, parmi l'ensemble des sujets nouvellement dépistés comme séropositifs au VIH, 27 % l'ont été tardivement au regard des critères adoptés (présence actuelle d'un sida ou présence actuelle ou passée de signes cliniques évocateurs liés au VIH). Cette proportion ne diffère pas significativement selon le sexe, l'origine géographique des personnes et l'année de dépistage sur la période d'observation. Par contre, la proportion des cas dépistés tardivement est significativement plus élevée, après analyse multivariée, chez les usagers de drogues (OR = 2,45 ; (1,29-4,18) IC95 %), dans le département du Var (OR = 1,88 ; (1,15-3,09) IC95 %) et en fonction de l'âge des sujets (OR = 2,45 ; (1,45-4,16) IC95 % chez les 30-39 ans ; OR = 7,2 ; (3,7-13,7) IC95 % chez les plus de 50 ans).

Si l'on observe que les politiques de prévention semblent avoir un impact positif sur le nombre de nouvelles séropositivités découvertes et donc peut-être sur celui des nouvelles contaminations par le VIH, des actions spécifiques semblent nécessaires pour réduire le nombre de personnes dépistées tardivement et permettre un accès au traitement plus adapté. Ces actions doivent également viser à réduire les disparités entre les populations et les zones géographiques de la région. Il paraît nécessaire d'alerter les médecins prescripteurs sur la question du dépistage tardif et de cibler davantage les publics insuffisamment concernés aujourd'hui. Dans cette optique, d'autres études seraient nécessaires pour mieux comprendre les raisons des disparités d'accès au dépistage.

Source : *Disparités d'accès au dépistage de l'infection à VIH dans la région Provence -Alpes- Côte d'Azur*, P.Cavailler, C.Pradier, L.Bentz, Y.Obadia, M. Rotily, et le groupe EVALVIH BEH n°29/1999, 20 juillet 1999.

Le traitement substitutif des injecteurs de drogue infectés par le VIH peut accroître l'adhésion au traitement par trithérapie

Une étude menée à partir des données de la cohorte d'étude MANIF 2000 (incluant entre octobre 1995 et mai 1998 des patients contaminés par le VIH par injection de drogue, âgés de 18 ans et plus, avec un taux de CD4+ supérieur ou égal à 300/mm³ à la dernière visite avant inclusion, sans sida avéré, dans les hôpitaux de Marseille, Avignon, Nice et de la banlieue parisienne) a tenté d'estimer l'adhésion aux traitements hautement actifs par trithérapies avec antiprotéase (HAART) ainsi que l'impact du traitement par substitution à la buprénorphine (largement diffusé depuis 1996) sur l'adhésion.

Cette étude a été menée en sélectionnant les patients lors de leur première visite après l'initiation d'un traitement hautement actif par HAART. Les patients sont considérés "non-adhérents" s'ils déclarent dans un questionnaire en face-à-face qu'il prennent moins de 80 % de la dose totale d'antirétroviraux prescrite durant la semaine précédente et/ou s'ils reconnaissent dans un auto-questionnaire, qu'ils n'ont pas été "totalement adhérents" à la trithérapie durant cette même période. Cet auto-questionnaire contient également des questions sur les comportements à risque relatifs au VIH, l'histoire de l'usage de drogue et l'accès à la trithérapie, la consommation d'alcool et de drogue ainsi que les comportements d'injections dans les six mois précédents.

Parmi les 164 patients étudiés, 34,8 % ont pris moins de 80 % des doses prescrites pendant la semaine précédente. La baisse de la charge virale après initiation du traitement est significativement inférieure parmi les patients non-adhérents. Après ajustement par régression logistique, la non-adhésion est indépendamment associée avec le jeune âge, la consommation d'alcool, la fréquence d'évènements de vie négatifs durant les six mois précédents et l'usage actif de drogue. Cependant, les patients injecteurs de drogue sous traitement de substitution par buprénorphine atteignent des niveaux d'adhésion similaires à ceux des ex-injecteurs de drogue (78,1 % contre 65,5 %).

En conclusion, la prescription d'un traitement de substitution par buprénorphine peut accroître l'adhésion aux trithérapies hautement actives avec antiprotéase parmi les patients infectés par le VIH dépendants aux opiacés. La réduction de l'impact négatif d'évènements de vie stressants par des interventions psychosociales doit être considérée, même pour ceux qui ont cessé l'usage de drogues.

Source : Adherence to HAART in French HIV-infected injecting drug users : the contribution of buprenorphine drug maintenance treatment, JP.Moatti, MP.Carrieri, B.Spire, JA.Gastaut, JP.Cassuto, J.Moreau, et le groupe d'étude MANIF 2000, AIDS, 1999 (soumis)

l'infection par VIH

Evolution du type de prise en charge entre 1996 et 1997 en Provence-Alpes-Côte d'Azur Enquête "un jour donné"

	2ème semestre 1996	2ème semestre 1997	Evolution
Nombre de patients	710	649	-8,6 %
Hospitalisation complète	261	204	-21,8 %
Hospitalisation de jour	169	128	-24,3 %
Hospitalisation à domicile	30	21	-30,0 %
Consultations	250	296	+18,4 %

Source : DREES-DDASS, AP-HP

Répartition des personnes prises en charge dans les établissements hospitaliers de la région Provence-Alpes- Côte d'Azur (Enquête "un jour donné" déc.1996 et 1997)

	Séropositifs non atteints de sida				Cas de sida avéré			
	1996		1997		1996		1997	
Hospitalisation complète	93	23,4%	83	21,1%	168	53,7%	121	47,3%
Hospitalisation de jour	116	29,2%	87	22,1%	53	16,9%	41	16,0%
Hospitalisation à domicile	1	0,3%	1	0,3%	29	9,3%	20	7,8%
Consultations	187	47,1%	222	56,5%	63	20,1%	74	28,9%
Total	397	100,0%	393	100,0%	313	100,0%	256	100,0%

Source : DREES-DDASS, AP-HP

Co-infection VIH-VHC en 1998 Répartition par mode de contamination du VIH

	Patients VIH+	Patients avec Sérologie***	Sérologie positive au VHC*	% de co- infection
Homo/bisexuel	906	503	68	13,5
Toxicomane	1646	1353	1089	80,5
Hétérosexuel	1182	791	192	24,0
Autres**	122	66	27	40,9
Indéterminé	341	130	40	30,7
Total hépatite C	4090	2762	1351	48,9

Source : Cellule santé publique DMI2-CISIH Marseille

* le statut sérologique par rapport à l'hépatite c est noté dans les antécédents du patient

** comprend transfusé et hémophile

*** un tiers des patients n'ont pas de sérologie renseignée

Un Accroissement des consultations et un recul des hospitalisations

L'enquête "un jour donné" effectuée dans l'ensemble des établissements de soins de la région met en évidence une modification du type de prise en charge induite par les nouvelles thérapeutiques. En effet, pour un nombre de patients pris en charge à l'hôpital en léger recul en 1997, on constate une forte diminution de tous les types d'hospitalisation (complète, de jour ou à domicile) mais une augmentation du nombre des consultations. Ce phénomène s'observe que les patients soient ou non au stade sida.

Le programme régional d'actions sur l'infection à VIH en Provence-Alpes-Côte d'Azur souligne les problèmes rencontrés vis à vis de la prise en charge des personnes atteintes :

- mauvaise observance des traitements par association d'antirétroviraux
- accès tardif au dépistage
- difficultés d'accès aux soins particulièrement pour les usagers de drogue
- problèmes d'accès au logement, à l'hébergement
- prise en charge psychiatrique et psychologique insuffisante et ou inadaptée

Les problèmes sociaux peuvent gêner considérablement l'accès aux soins ou l'observance des traitements et l'on sait que le seul fait de sauter une prise d'antiviraux peut entraîner une augmentation de la charge virale et accroître ainsi le risque d'évolution de la maladie.

L'analyse des résultats de l'enquête multicentrique réalisée fin 1996 permet de mettre en évidence certains éléments traduisant une précarité relativement importante pour les patients non sidéens ayant des CD4>500/mm3 alors qu'il s'agit là des personnes prises au plus tôt au cours de l'infection. Ceci pourrait traduire une évolution récente de l'épidémie plus marquée chez les personnes les plus précarisées.

Une proportion importante de co-infection par le virus de l'hépatite C chez les patients VIH+

La moitié des patients infectés par le VIH, suivis dans les établissements participants à la base régionale DMI2 du CISIH de Marseille, sont coinfecteds par le virus de l'hépatite C (VHC). Ces patients sont en grande majorité ceux contaminés par usage de drogue en intraveineux.

Le traitement de l'hépatite chronique induite par le VHC devient primordial chez ces patients dont la survie est prolongée du fait des nouvelles thérapeutiques anti-VIH très actives. Ce traitement pose cependant encore différents problèmes du fait de l'interaction entre traitement anti-VIH et hépatite d'une part et traitement spécifique du VHC et traitement anti-VIH d'autre part.